90152

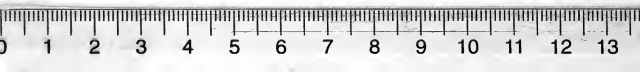
ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1933

TOME DEUXIÈME



ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

Rédacteur en Chef : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS, H. CLAUDE, G. DE CLÉRAMBAULT, COURBON, A. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SEMELAIGNE, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XIV^e^ SÉRIE — 91^e^ ANNÉE — 1933

TOME DEUXIEME



90132



MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE

PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 91e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Excitation maniaque et paranoïa, par M. G. Petit	1
Recherches sur les troubles de la mémoire, par M. Sosset	13, 129
L'examen du fond mental des paralytiques généraux par la méthode des tests, par MM. H. Claude et P. Masquin	173
Les troubles psychiques de l'ergotisme épidémique, par M. A. Costedoat.	185
Les différentes tonalités affectives des épileptiques traités, par MM. Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville	196
Régression juvénile, inversion sexuelle par hyperendocrinie dans la manie et la cyclothymie, par M. G. Petit	289
Un cas de psychose paraphrénique complexe, par M. G. Halberstadt	302
Une forme spéciale de troubles de l'association des idées, par M. P. Prengowski	312
Action du vaccin antirabique pastorien sur les accès épileptiformes, les psychoses hébéphréno-catatoniques et les états parkinsoniens, par MM. L. Cruveilhier, A. Barbé et S. Nicolau	342
La catatonie colibacillaire expérimentale et clinique (Description générale. Mécanismes pathogéniques. Premiers essais thérapeutiques), par M. H. Baruk	449
Contribution à l'étude des psychoses d'involution. La dysphrénie antitonique, par M. G. Halberstadt	470
Contribution à l'histologie du délire aigu, par M. J. Tusques	482
Syndrome catatonique atypique avec sursimulation chez un délirant chronique, par MM. H. Claude et L. Corman	492
L'automatisme ambulatoire épileptique, par M. L. Marchand	609
Schizophrénie et neurosyphilis, par MM. G.-I. Odobesco et H. Vasilesco.	652
Un jugement de divorce d'un aliéné interné, par MM. A. Santenoise et P. Leculier	656

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 juin 1933

Pages

Epilepsie traumatique. Crises hallucinatoires et accès d'automatisme ambulatoire tantôt conscients et mnésiques, tantôt inconscients et amnésiques, par M. L. MARCHAND, Mlle DESCHAMPS et Mlle TRUCHE 40
Epilepsie psychique partiellement consciente et mnésique. Délire d'influence explicatif transitoire consécutif aux accès, par M. L. MARCHAND, Mlle DESCHAMPS et Mlle TRUCHE 43
Sclérodermie généralisée au cours d'un syndrome de démence précoce, par M. A. COURTOIS et Mme Y. ANDRÉ 47
Réaction du benjoin de type méningitique sans signes méningés cliniques chez un débile évoluant vers la démence précoce, par MM. A. COURTOIS et M. ALTMAN 51
Guérisseur, martyre thérapeutique et maisons hantées, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et B. KLOTZ 54
Psychose périodique et polynévrite. Le traitement des polynévrites par les méthodes anti-choc, par M. J. TINEL 58

Séance du lundi 26 juin 1933

Décès de M. Paul SOLLIER ; discours du Président, M. Georges DUMAS 67
Adoption du procès-verbal 69
Correspondance 69
Election d'un membre correspondant national 69
Ambivalence et homosexualité dans la manie et l'excitation cyclothymique. Le virilisme maniaque, par M. G. PETIT 70
L'examen du fond mental des paralytiques généraux par la méthode des tests, par MM. H. CLAUDE et P. MASQUIN 71
Un type particulier de dyslogie dans un cas de chorée de Huntington. Considérations sur la démence choréique, par MM. H. PICHARD et A. LIBER 74
Thérapeutique hématoplacentaire des psychoses, par M. A.-A. ZAITZEW .. 82
Sur un cas de délire aigu scarlatineux. Quelques considérations sur les encéphalites post-infectieuses, par M. A. POROT 85
Intoxication digitalique et troubles mentaux, par MM. E. MARTIMOR et J. BRZEZINSKI 90

Séance du jeudi 13 juillet 1933

Adoption du procès-verbal 205
Correspondance 205
Subvention du Conseil général de la Seine 205
Myxoedème acquis avec troubles mentaux. Anomalies régressives. Influence de l'opothérapie, par MM. A. COURTOIS, H. PICHARD et A. LIBER. 206

Pages

Psychose présénile. Négations systématisées et érotomanie, par MM. J. CAPGRAS, E. JOAKI et ELLENBERGER..... 209
Syndrome d'influence symptomatique d'une encéphalite, impulsions, suicide et homicide, par MM. G. HEUYER et D. LAGACHE..... 214
Un cas de perversion infantile par encéphalite épidémique précoce diagnostiqué sur un syndrome moteur fruste, par MM. G. HEUYER et J. LACAN..... 221
Etat démentiel chez un enfant, consécutif à une intoxication oxycarbonée chronique, par MM. G. HEUYER et J. DUBLINEAU..... 223
Manie intermittente et hyperplasie hypophysaire, par MM. X. et P. ABÉLY, COULÉON et TRILLOT..... 229
A propos de la réaction de Zondek dans les états maniaques, par MM. H. CLAUDE et J.-R. CUEL..... 233

Séance du lundi 23 octobre 1933

Adoption du procès-verbal..... 351
Correspondance..... 351
Date de l'Assemblée générale de décembre..... 352
Election d'un membre associé étranger..... 352
A propos de la Réforme du Code Pénal, par M. René CHARPENTIER 353
L'internement des pervers constitutionnels, par MM. X. et P. ABÉLY..... 369
Effets de la vagotonine sur 200 aliénés. Etude biologique et thérapeutique, par MM. M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et Mme P. GARDIEN..... 371
Action de la vagotonine sur le réflexe oculo-cardiaque dans quelques cas d'anxiété, par MM. H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et DOROLLE 376
Sur le traitement de l'azotémie de certaines psychoses aiguës, par MM. M. CAHANE et T. CAHANE..... 381
Deux cas d'hypomanie avec délire d'imagination, par M. C. POPA RADU 385

Séance du lundi 27 novembre 1933

Adoption du procès-verbal..... 503
Correspondance..... 503
Election d'un membre correspondant national..... 504
Election de deux membres associés étrangers..... 504
Psychose colibacillaire à forme onirique puis maniaque au cours d'une pyélonéphrite post-puerpérale, par MM. H. BARUK et E. TRUBERT..... 505
Catatonie grave colibacillaire. Délire onirique intriqué avec la catatonie. Guérison clinique après sérothérapie, par MM. H. BARUK et DEVAUX.... 509
La catatonie colibacillaire expérimentale et clinique. Description générale. Mécanismes pathogéniques. Premiers essais thérapeutiques, par M. H. BARUK..... 524
De certains troubles colibacillaires (cystites et phlébites) au cours des accès dépressifs, par MM. LEULIER, J. PICARD et B. CASALIS..... 525
Alcoolisme subaigu à pouls normal ou ralenti. Coexistence du syndrome d'automatisme mental, par MM. G. HEUYER et LACAN 531
Un internement contesté, par M. G. HEUYER..... 547
Sur un cas d'encéphalite psychosique aiguë staphylococcique, par M. N.-M. ARCALIDES..... 550

Séance du jeudi 14 décembre 1933

Pages

Les accidents épileptiques tardifs chez les paralytiques généraux malarisés, par MM. H. CLAUDE et P. MASQUIN..... **677**
Affaiblissement intellectuel consécutif à une intoxication oxy-carbonée aiguë accidentelle chez une jeune fille, par M. A. COURTOIS et Mme Yv. ANDRÉ..... **686**
Migraine ophtalmique avec hallucinose, crises oculo-céphalogyres et comitiales, par Mme Yv. ANDRÉ et J.-O. TRELLES..... **691**
Delirium tremens. Pneumonie. Méningite encéphalo-spinale purulente à pneumocoques secondaires, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS..... **694**
Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple ou confusionnelle traités par les sels d'or associés à la pyrétothérapie par l'huile soufrée, par MM. H. CLAUDE et J. DUBLINEAU..... **698**
Toxines urinaires et catatonine de de Jong. Pouvoir neutralisant du sérum humain. Dissociation « in vivo » par le choc de la combinaison toxine-antitoxine, par M. J. TINEL et M. et Mme M. ECK..... **710**
Syndrome de Parkinson post-encéphalitique ; destruction du locus niger, par MM. L. MARCHAND et H. PICHARD..... **716**

Séance du mardi 19 décembre 1933

Assemblée générale..... 720
Adoption du procès-verbal..... 720
Correspondance..... 720
Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire..... 721
Date de la séance du mois de mars..... 721
Prix de la Société Médico-Psychologique..... 721
Rapport de la Commission des Finances..... 721
Rapport du Secrétaire général..... 722
Election du Bureau pour l'année 1934..... 724
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1934..... 725
Conseil d'Administration..... 726
Commission des Finances..... 726
La tuberculose pulmonaire des déments précoces. Etude clinique et radiologique portant sur 204 cas de démence précoce, par MM. J. LAUZIER, H. BARUK, M. BIDERMANN et F. BLUMENFELD..... **726**
Démence précoce grave consécutive à une typho-bacillose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuberculeuse, par MM. H. BARUK, SAUVAGE et ALBANE..... **734**
Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique azotémique, par MM. HYVERT, TRAN-MINH-PHUONG, G. et M. COHN..... **743**

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVIIIe Congrès de Médecine légale de langue française

(Paris, 22, 23 et 24 mai 1933)

Rapports

Pages

Le délirium tremens traumatique, par M. MAZEL 94
Les aliénés en liberté, par Henri CLAUDE 97

Communications

La réversibilité des épiphénomènes alcooliques, par MM. T. VASILIU et J. STANESCO 100
Sur la loi belge à l'égard des anormaux et des déséquilibrés, par M. M. MELISSINOS 100
Les expertises médico-légales et les médecins experts, par M. PIÉTRI 101
Organisation du prochain congrès 101

XIIIe Réunion neurologique internationale annuelle

(Paris, la Salpétrière, 30 et 31 mai 1933)

Rapports

1. L'arachnoïdo-piémérite cérébrale, par M. Henri CLAUDE 394
2. Méningites séreuses internes ou ventriculaires (hydrocéphalies internes), par M. Gaëtano BOSCHI 396
3. L'arachnoïdite spinale et l'arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure, par M. J.-A. BARRÉ 398
4. Traitement chirurgical des méningites séreuses, par M. D. PETIT-DUTAILLIS 401
5. Sur la ventriculographie, par MM. Clovis VINCENT, DAVID et P. PUECH 406
6. Sur l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, par M. Clovis VINCENT, Mlle F. ROPPOPORT et M. H. BERDET 408

Communications

Paralysie de l'élévation avec œdème de la papille ; amélioration des symptômes par la radiothérapie profonde, par MM. PAVIA et REPETTO 404
Considérations sur les arachnoïdites spinales, par MM. G. GUILLAIN, GARCIN et SIGWALD 404
Rapports entre les pressions liquidienne et sanguine, par M. G. RIZZO 404
Diagnostic différentiel entre méningite séreuse et tumeur cérébrale, par M. MEDEA 404
Leptoméningite chronique basse avec syndrome de la queue de cheval et kyste séreux lombaire, par M. CATOLA 404
Dix cas d'arachnoïdite spinale, par MM. H. ROGER et ALLIEZ 405

Pages

La méningite séreuse d'origine encéphalique, par M. Knud Winther..... 405
Evolution cytologique de quelques méningites séreuses chez l'enfant, par M. Tassovatz..... 405
Recherches sur la circulation du liquide spiual pratiquées avec des injections de sulfophénolphtaléine, par M. Campailla..... 405
Méningite séreuse post-traumatique chronique guérie par une seule ponction lombaire, par M. Minkowski..... 405
Méningite basilaire et spinale à cysticerques racémeux, par MM. Guillain, I. Bertrand et Thurel..... 405
Quelques cas d'arachnoïdite, par M. Brunschweiler..... 406
Arachnoïdo-piemérite généralisée à toute la convexité et post-traumatique, par M. van Gehuchten..... 406
Epidurite au cours d'une méningite cérébro-spinale, par MM. Monier-Vinard et Petit-Dutaillis..... 406
Le repérage ventriculaire chez le nourrisson et l'enfant, par M. Meyer..... 410
L'hyperthermie réactionnelle dans l'encéphalographie, par M. B. Goyanes.. 411
Cysticercose cérébrale et ventriculographie, par MM. Froment, Wertheimer et Dechaume..... 411
A propos de la ventriculographie, par MM. Schröder et Knud Winther..... 411
Hydrocéphalie interne traumatique expérimentale, par MM. Wertheimer, Fontaine et Dechaume..... 411
Encéphalographie cxpérimentale chez le chien, par MM. Wertheimer, Fontaine, Lévy et Dechaume..... 411
Un cas de ventriculographie lipiodolée, par M. Brunschweiler..... 411

84e Assemblée de la Société suisse de psychiatrie

(Prangins, 7 et 8 octobre 1933)

Rapports

Le problème des hallucinations, par M. W. Maïer..... 565
Quelques aspects généraux du problème des hallucinations, par M. H. Ey... 566
Le problème des hallucinations au point de vue psychanalytique, par M. H. Flournoy..... 567

Communications

L'hallucination pédonculaire, par M. Lhermitte..... 570
Hallucinations et phénomènes oculogyres, par M. L. van Bogaert..... 570
Le syndrome hallucinatoire (automatisme mental) en pathologie générale. Le syndrome mystique. Un cas de syndrome hallucinatoire du type mystique au cours d'une syphilis cérébrale, par M. G. de Morsier..... 570
Des hallucinations « in state nascendi », par M. M. Boss..... 570
De quelques caractères cliniques des hallucinations auditives verbales, par M. F. Morel..... 570
Les hallucinations au cours du processus de guérison dans les schizophrénies, par M. C.-G. Tauber..... 570
Des hallucinations schizophréniques, par M. J. Wyrsch..... 570
Hallucinations et énergie psychique, par M. de Jonge..... 571
L'hallucination et le réel, par M. de Montet..... 571

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Pages

Séance du 1er juin 1933 102
Séance du 6 juillet 1933 240
Séance du 16 novembre 1933 556
Séance du 7 décembre 1933 750

Société de Médecine Légale de France

Séance du 13 novembre 1933 754
Séance du 11 décembre 1933 755

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 mai 1933 105
Séance du 17 juin 1933 244
Séance du 29 juillet 1933 413
Séance du 30 septembre 1933 414
Séance du 28 octobre 1933 560
Séance du 25 novembre 1933 757

Société Belge de Neurologie

Séance du 24 juin 1933 244
Séance du 29 juillet 1933 416
Séance du 28 octobre 1933 562
Séance du 25 novembre 1933 759

Groupement Belge d'Etudes d'Oto-neuro-ophtalmologie et de Neuro-chirurgie

Séance du 27 mai 1933 106

VARIÉTÉS

Académie de Médecine : prix décerné en 1933 783
Asiles publics d'Aliénés : Nominations 118, 437, 605, 782
— — Création de poste 119, 288, 437, 605
— — Association amicale des internes et anciens internes des Asiles de la Seine 119
— — Légion d'honneur 287, 436

		Pages
Asiles publics d'Aliénés :	Vacance de poste..... 287, 437,	783
— —	Médaille d'honneur de l'Assistance publique. 437,	605
— —	Association mutuelle des Médecins aliénistes de France.....	605
— —	Nécrologie.....	782
Hygiène et Prophylaxie :	2e Congrès international d'Hygiène mentale.....	124
— —	3e semaine nationale espagnole d'hygiène mentale.	124
— —	Union internationale contre le péril vénérien.....	125
— —	Parti social de la santé publique.....	288
— —	Association internationale de Pédiatrie préventive.	288
— —	Le contrôle international du commerce des stupéfiant.....	442
— —	Les nouvelles lois eugéniques en Finlande.....	443
— —	Les progrès de la stérilisation eugénique aux Etats-Unis..... 443,	444
— —	La stérilisation des anormaux en Allemagne.....	444
— —	Loi allemande pour empêcher la transmission des maladies héréditaires (14 juillet 1933).....	444
— —	3e Réunion européenne d'Hygiène mentale.....	606
— —	Une réunion d'hygiène mentale à Québec.....	606
— —	L'examen mental des conducteurs d'automobiles..	607
— —	La progression du nombre des aliénés internes dans les Asiles de la Seine.....	607
Internat des Asiles de la Seine :	Concours de l'internat en Médecine des	
— —	Asiles publics d'aliénés de la Seine... 437,	605
	—, nouveau règlement.....	119
— —	Annuaire.....	438
— —	Bibliothèque.....	438
Nécrologie :	Paul Sollier (1861-1933).....	127
—	Juliano Moreira (1873-1933).....	448
—	P. Gannouchkine (1875-1933).....	608
—	Raymond Cestan (1872-1933).....	784
Réunions et Congrès :	Réunion annuelle de l'Association espagnole de Neuropsychiatrie.....	439
— —	Congrès des Médecins slaves et des Médecins et Naturalistes polonais.....	439
— —	Congrès de la Société italienne de Psychiatrie.....	440
— —	Assemblée de la Société suisse de Psychiatrie.....	440
— —	Congrès international d'Hygiène.....	441
— —	Conférence biennale d'Hygiène mentale, organisée par The National Council for Mental Hygiène.....	441
— —	Congrès international de Psychologie.....	442
— —	Congrès de Médecine légale de langue française.....	783
Société Médico-Psychologique :	Dates des séances..... 118, 287, 436, 604,	782
— —	Nécrologie..... 118,	287
— —	Prix de la Société.....	604
— —	Légion d'honneur.....	782
Université de Barcelone :	Création d'une chaire de Psychiatrie et d'une chaire de Neurologie à la Faculté de Médecine de Barcelone.....	439

TABLE ANALYTIQUE LES MATIÈRES (1)

A

Abcès du cerveau post-traumatiques tardifs ; rôle du colibacille (L. E. Bregman), 589.

Alcooliques (réversibilité des épiphénomènes) (T. Vasiliu et J. Stanesco), 100.

— (impulsions sexuelles des) (Henry Damaye), 285.

Alcoolisme ; modifications biologiques (Mlle Charlotte Truche), 248.

— subaigu à pouls normal ou ralenti. Coexistence du syndrome d'automatisme mental (G. Heuyer et Lacan), **531**.

Aliénés en liberté (Henri Claude), 97.

Ambivalence et homosexualité dans la manie. Le virilisme maniaque (G. Petit), **70**.

Amnésie hystérique rétrograde (G. Marinesco et Mlle Marie Nicolesco), 594.

Amour (l') et la Haine (Pierre Janet), 419.

— (l') et l'émotion chez la femme. Esquisse psychophysiologique (André Binet), 424.

Anémie pernicieuse ; relations étiologiques entre troubles somatiques et psychotiques (A. W. Hackfield), 585.

Angineux (accès) et centre réflexe du ganglion étoilé (D. Danielopolu), 265.

Anormaux et déséquilibrés (la loi belge à l'égard des) (Melissinos), 100.

Anticipation (la loi dite d') dans les maladies mentales (Arthur S. Paterson), 769.

Anxieuses (psychoses) aiguës d'origine alcoolique (Isodoro Imber), 770.

Aphasie élective des polyglottes (Minkowski), 104.

— ; le cours du langage (Robert Klein), 590.

— ; points de vue de Henry Head (Manuel Ortiz), 591.

— pithiatique ; mécanisme psychophysiologique (A. Rouquier), 594.

Apoplectiformes (troubles sensitifs) (Zeiner-Henriksen), 114.

Apraxie sympathique gauche avec hémiplégie droite (Mme Adam-Falkiewitch), 266.

Aptitudes (le problème des) (Sollier et Drabs), 258.

Arachnoïdite post-traumatique (P. van Gehuchten), 107.

— spinale et arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure (J.-A. Barré), 398.

— spinale (G. Guillain, Garcin et Sigwald), 404 ; (H. Roger et Alliez), 405; (Brunschweiler), 406.

— spinale chronique (D. Paulian et D. Turnesco), 764.

Arachnoïdo-piemérite cérébrale (Henri Claude), 394.

— — généralisée à la convexité et post-traumatique (van Gehuchten), 406.

Artériosclérose cérébrale et service du front (Pilcz), 257.

Asthénie chronique (R. Benon), 585.

Automatisme ambulatoire épileptique (L. Marchand), **609**.

Avellis (syndrome d') ; variété produite par un polype angiomateux de l'oreille (Ed. Prince-Fowler), 777.

Azotémie (certaines formes d') en médecine mentale (Mlle El. Jacob et P. Doussinet), 282.

— (traitement de l') de certaines psychoses aiguës (Mares et Tatiana Cahane), **381**.

B

Basedow (maladie de) ; troubles vasculaires périphériques (Marcel Labbé, L. Justin-Besançon et P. Soulié), 586.

Benjoin ; réaction du type méningitique sans signes méningés cliniques (A. Courtois et M. Altman), **51**.

(1) Les chiffres en caractères **gras** se rapportent aux Mémoires originaux et aux Communications à la Société Médico-Psychologique.

C

Calcification intra-cérébrale en dehors des tumeurs (Divry, Christophe et Moreau), 759.
Caractère (pathologie du) et troubles des sécrétions internes (Wl. Sterling), 277.
— (le) criminel (M. St. Batawia), 284.
— (genèse des troubles du) chez l'enfant (P. Male), 768.
— et démence précoce catatonique (Joseph R. Blalock), 775.
Catalepsie et la catatonie (polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans la) (H. Claude, H. Baruk et H.-R. Olivier), 272.
Catatonie avec délire onirique au décours d'une typhoïde ; rôle respectif des toxines typhiques et colibacillaires (H. Baruk, G. Poumeau-Delille et Sicard), 556.
Catatonique (syndrome) ; interruption (S. Gullotta), 109.
— (syndrome) atypique avec sursimulation (Henri Claude et Louis Corman), 492.
Céphalo-Rachidien (Liquide) ; variations de la tension sous l'influence de la saignée (André Lemaire et Robert Worms), 271.
— — — ; recherches expérimentales ; taux du glucose (F. Bianchini et P. Sandri), 271.
— — — des déments précoces (R. Pasqualini et P. Brunelli), 272.
— — — ; réactivation (I. Ciampi, A. Bruno et I. B. Ansaldi), 272.
— — — ; pathogénie des modifications dans la méningite (F. Frémont-Smith), 780.
— — — ; protéines d'après la méthode de Kafka-Samson (José Salas et Manuel Peraita), 780.
Cervelet (vermis du) ; fibres corticofuges et d'association (Mme Lauretta Bender), 270.
Chorée, infection du cavum (A. Colin), 267.
Chorée de Huntington ; type particulier de dyslogie ; la démence choréique (H. Pichard et A. Liber), 74.
— — — dans une famille de la Suisse orientale (A. Gaule), 116.
— — — ; transmission pendant 300 ans (P. R. Vessie), 587.
Chronaxie ; recherches sur les voies optique et de la sensibilité (Hanno Ruffin), 580.
Cliniques (Etudes) (Georges Guillain), 249 ; (P. Gannouchkine), 575.
Coccidiose encéphalique (Wenceslas López Alba), 585.
Code pénal (réforme du) (René Charpentier), 353.
Colibacillaire (la catatonie) expérimentale et clinique (H. Baruk), 449, 524.
— (psychose) à forme onirique puis maniaque (H. Baruk et E. Trubert), 505.
— (catatonie grave) ; guérison après sérothérapie (H. Baruk et Devaux), 509.
— (syndrome) : cystites et phlébites au cours des accès dépressifs (M. Leulier, J. Picard et B. Casalis), 525.
Colique (instabilité) et troubles nerveux (Sara M. Jordan), 777.
Complexe (le) d'Œdipe (Ch. van Acker), 262.
Conscience de soi de 3 mois à 3 ans (Henri Wallon), 260.
— (un « modèle mécanique » de la) (R. Ruyer), 260.
— (perturbations de la) dans un délire post-malarique (Juan Ramón Beltran), 770.
Constitutionnel (type) et arc sénile (E. Stömgren), 112.
Couche optique (tumeur de la) ; attitude anormale de la tête et absence de troubles sensitifs (P. Divry), 417.
Créatinine (métabolisme de la) ; altérations chez les malades mentaux (B. Lois Asorey), 274.
Crime et glandes endocrines (Louis Berman), 285.
— (la psychologie du) (T. S. Good, H. E. Field, T. Christie, John Rickman, Edward Glover), 601.
Criminels (libération des) anormaux internés par mesure de défense sociale (Louis Vervaeck), 603.
Culpabilité (Mary R. Barkas), 602.
Curiethérapie des psychoses (Gabriel Petit), 279.

D

Décérébration suprathalamique ; réflexes conditionnels et innés (Marinesco, Sagu et Kreindler), 104.
Déclaration obligatoire des troubles mentaux, toxicomanies et maladies vénériennes (F. Castejon), 278.
Dégénérescence wallérienne du sciatique de la grenouille (Jean Titeca), 777.

Dégénérescences nerveuses rétrogrades (Vicente DIMITRI), 268.

Délinquant (l'enfant) (André BELEY), 429.

Délinquants psychopathes (R. de SAUSSURE), 283.

— (étude expérimentale de la psychologie des) (J. FUSTER), 284.

— ; morphologie et caractérologie (W. BOVEN), 602.

Délire aigu scarlatineux ; les encéphalites post-infectieuses (A. POROT), 85.

— — ; histologie (Jean TUSQUES), 482.

Delirium tremens traumatique (MAZEL), 94.

— — (hallucinations visuelles du) (F. MOREL), 257.

— — ; pneumonie et méningite secondaire (L. MARCHAND et A. COURTOIS), 694.

Démence paralytique de Lissauer (H. HOUSTON MERRITT), 110.

— paralytique ; non-spécificité des lésions histologiques (Frederic WERTHAM), 600.

— progressive chez un sujet jeune (G. VERMEYLEN, H. BAONVILLE, J. HEERNU, J. LEY et J. TITECA), 758.

Démence précoce (syndrome de) ; sclérodermie généralisée (A. COURTOIS et Mme Y. ANDRÉ), 47.

— — (le syndrome catatonique dans la) (Leland E. HINSIE), 255.

— — (le début de la) (HEUYER et LE GUILLANT), 256.

— — (la pression moyenne dans la) (G. COLOGNESE), 273.

— — catatonique ; caractère prépsychotique des sujets (H. E. FAVER), 433.

— — grave consécutive à une typhobacillose (H. BARUK, SAUVAGE et ALBANE), 734.

— — et tuberculose (J. ROUBINOVITCH), 775.

Dépersonnalisation (étude pathogénique du syndrome de) (E. MIRA), 770.

Déséquilibre mental (la notion médico-légale du) (L. VERVAECK), 561.

Diabète ; troubles de la régulation neuro-endocrinienne (Pierre MAURIAC), 278.

Diencéphalique (syndrome narcoleptique et onirique d'origine) (Paolo Emilio MASPES), 580.

Divorce (un jugement de) d'un aliéné interné (A. SANTENOISE et P. LÉCULIER), 656.

Douleur (la) ; voies et récepteurs centraux (Vicente DIMITRI et Manuel BALADO), 599.

« **Droit** de guérir » et thérapeutique intra-cérébrale (DUCOSTÉ), 755.

E

Ecorce cérébrale ; teneur en « lactacidogène » chez les schizophrènes (M. A. TSCHALISSOW), 778.

Ecriture (l') des jumeaux univitellins élevés séparement (R. SAUDEK et E. SEEMAN), 597.

Embolie gazeuse cérébrale à répétition avec hémiplégie récidivante (LHERMITTE et F. AMAN-JEAN), 557.

Emigration et Folie (Ornulv ODEGAARD), 574.

Emotivité ; physiopathologie (L. NEUBERGER), 581.

Encéphalite psychosique aiguë staphylococcique (N. M. ARCALIDES), 550.

— chronique ; sensibilité et représentations sensibles (K. ZUCKER), 582.

— aiguë (José M. MACERA et José Pereyra KAFER), 583.

— psychosique azotémique ; traitement (HYVERT, TRAN-MINH-PHUONG, G. et M. COHN), 743.

— périaxile diffuse ; forme familiale (G. HEUYER, Mlle C. VOGT et Mme ROUDINESCO), 752.

Encéphalographie gazeuse par voie lombaire (Clovis VINCENT, Mlle F. RAPPOPORT et H. BERDET), 408.

— (l'hyperthermie réactionnelle dans l') (B. GOYANES), 411.

— expérimentale chez le chien (WERTHEIMER, FONTAINE, LÉVY et DECHAUME), 411.

— chez l'enfant (J. M. SALA GINABREDA), 435.

Encéphalomyélites subaiguës et tardives de la scarlatine (L. van BOGAERT, BORREMANS, REUSENS et Rémy WEYN), 583.

Endocrinologie ; acquisitions nouvelles (R. RIVOIRE), 252.

Endothéliome préfrontal droit (P. MARTIN et J. HEERNU), 106.

Ependymome médullaire opéré (G. GUILLAIN, PETIT-DUTAILLIS et L. MICHAUX), 558.

Epidurite au cours d'une méningite cérébro-spinale (MONIER-VINARD et PETIT-DUTAILLIS), 406.

Epilepsie traumatique. Crises hallucinatoires et accès d'automatisme ambulatoire (L. MARCHAND, Mlle DESCHAMPS et Mlle TRUCHE), 40.

— psychique partiellement consciente et mnésique (L. MARCHAND, Mlle DESCHAMPS et Mlle TRUCHE), 43.
— et syndromes schizophréniques (Fabio PENNACHI), 109.
— ; taux du métabolisme basal (LEGRAND A. DAMON), 275.
— ; traitement (St. SWIERCZEK et St. KAISEROWNA), 282.
— (l') consciente et mnésique (Emile de CURTON), 577.
— idiopathique (G. STERTZ), 587.
— ; classification (E.-M. STEBLOW), 588.
— et trauma capitis (H.-I. SCHOU), 588.
— ; mort subite par hémorragie bilatérale des surrénales (LEGRAND A. DAMON), 588.
— avec claudication intermittente ; troubles végétatifs (J. PINCZEWSKI), 588.
— avec symptômes en foyer et tumeur cérébrale sans hypertension (Roque ORLANDO et Miguel J. KUHN), 589.
Epileptiques (les tonalités affectives des) traités (LAIGNEL-LAVASTINE et Georges d'HEUCQUEVILLE), 196.
Epiphyse (l') (J. CALVET), 764.
Eréthisme (le syndrome d') impulsif chez l'enfant (Hans HEINZE), 587.
Eréthizophrénie et Kolyphrénie (J.-R. HUNT), 768.
Ergotisme épidémique ; troubles psychiques (A. COSTEDOAT), 185.
Expert (un) peut-il entendre des témoins ? (DUVOIR), 755 ; s'adjoindre un spécialiste ? (DUVOIR), 756.
Expertises médico-légales et médecins experts (PIETRI), 101.

F

Fatigue intellectuelle chez l'enfant (Gilbert ROBIN), 117.
Friedreich (maladie de) ; lésions cérébelleuses et ganglionnaires (J. LHERMITTE, P. MOLLARET et TRELLES), 750.

G

Gastriques (ulcérations) ; rapports avec les altérations du système nerveux central (A. RAVINA), 586.
Gemellaires (contribution casuistique à l'étude des psychoses) (J. SANCHIS BANÚS et D. NIETO), 432.
Glandes sexuelles femelles ; innervation spinale (Ilja PINES), 277.
Glioblastome pariétal droit ; intérêt de la ventriculographie (P. MARTIN), 106.
Gliome kystique de la protubérance chez une achondroplase (André-THOMAS), 559.
Globulines du sérum sanguin dans les maladies mentales (V. MARTINENGO), 273.
Glossodynie (la), algie sympathique (Clément SIMON), 581.
Glosso-pharyngien (névralgie du) (J.-A. CHAVANY et H. VELTI), 115 ; (BAUDOUIN et PETIT-DUTAILLIS), 753.
Guérisseur, martyre thérapeutique et maisons hantées (LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et B. KLOTZ), 54.

H

Hallervorden-Spats (maladie d') (Cl. VINCENT et L. van BOGAERT), 103.
Hallucination (l') et le réel (de MONTET), 571.
— (une) de Gœthe (E. MENNINGER-LERCHENTHAL), 769.
Hallucinations auditives sans psychose dans l'enfance (Max LEVIN), 110.
— (le problème des) (W. MAÏER), 565 ; (Henri EY), 566 ; (H. FLOURNOY), 567 ; (E. MINKOWSKI), 769.
— pédonculaires (LHERMITTE), 570.
— et phénomènes oculogyres (L. van BOGAERT), 570.
— (des) « in state nascendi » (M. Boss), 570.
— auditives verbales (F. MOREL), 570.
— (les) au cours de la guérison des schizophrènes (C. G. TAUBER), 570.
— schizophréniques (J. WYRSCH), 570.
— et énergie psychique (de JONGE), 571.
Hallucinatoire (le syndrome) ; le type mystique (G. de MORSIER), 570.
Hébéphrénie ; traitement par les sels d'or et pyrétothérapie par l'huile soufrée (H. CLAUDE et J. DUBLINEAU), 698.
Héboïdie (l') (I. LANGE), 434.
Heine-Médin (maladie de) chez l'adulte (Robert PAULY), 251.
Hémangiome kystique du IVe ventricule (Georges GUILLAIN, M. AUBRY, I. BERTRAND et J. LEREBOULLET), 243.
Hématome sous-dural chronique post-traumatique (J. DEREUX et A. HAYEM), 752.

Hémiballismus. Lésion du corps de Luys et de la zona incerta (I. BERTRAND et R. GARCIN), 751.

Hémolyso-réaction (l') (LAIGNEL-LAVASTINE et N. Y. KORESSIOS), 558.

Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée (Israël STRAUSS, Joseph H. GLOBUS et Solomon W. GUNSBURG), 114.

Hydrocéphalie interne traumatique expérimentale (WERTHEIMER, FONTAINE et DECHAUME), 411.

Hygiène sociale de l'enfance (G. BANU), 572.

Hyménoptères (l'instinct et l'intelligence chez les) (L. VERLAINE), 261.

Hyperostose frontale interne (MOREAU), 415.

Hyperthyroïdisme ; diagnostic et traitement (George CRILE), 276.

Hypertonie de certaines intoxications des centres extrapyramidaux (B. PERPINA ROBERT), 113.

Hypomanie avec délire d'imagination (C. POPA RADU), 385.

Hypophysaire (hormone anté-) dans le tuber cinereum et le liquide ventriculaire (Giacomo PIGHINI), 276.

Hypophysaires (syndromes) en clinique (HOET), 759.

Hypophyse (tumeur de l') à évolution insolite (L. PRUSSAK), 276.

Hypothyroïdisme incipiens ; métabolisme pigmentaire ; relations avec l'anémie pernicieuse (E. Oliver PASCUAL, S. MONTEJO, J. GALAN et A. OLIVER), 274.

Hystérie (l') dans le Proche-Orient (J. THABAUD, SAMI et SATTI, et HOSNI SABAH), 432.

— (l') dans la neurologie contemporaine (Noël PÉRON), 592.

— ; essai d'interprétation physiologique (J. PAVLOW), 592.

— ; théories psychophysiologiques (E. BLEULER), 593.

— ; conception psychanalytique (R. LOEWENSTEIN et G. PARCHEMINEY), 598.

I

Idées (forme spéciale de troubles de l'association des) (Pierre PRENGOWSKI), 312.

Idiotie mongolienne et hyperthyroïdisme (M. Mario PENNACHIETTI), 275.

— familiale amaurotique ; problèmes histo-pathologiques (L. van BOGAERT), 417.

Influence (syndrome d') symptomatique d'une encéphalite (G. HEUYER et D. LAGACHE), 214.

Instincts (transformation des) profonds et auto-consolations (Alfredo NICEFORO), 262.

Internement contesté (G. HEUYER), 547.

Interpariétal (le syndrome) dans les maladies mentales (M. GUREWITSCH), 772.

Intoxication digitalique et troubles mentaux (E. MARTIMOR et J. BRZEZINSKI), 90.

— par les composés barbituriques (Alfredo BUZZO et Rogelio E. CARRATALA), 111.

Intraveineuses (injections) ; manière d'éviter les lésions nerveuses consécutives (A. RAVINA), 268.

Involution (syndrome d'). La dysphrénie antitonique (G. HALBERSTADT), 470.

K

Klippel-Feil (syndrome de) avec quadriplégie spasmodique (Guy LAROCHE et Boris KLOTZ), 241.

Korsakoff (syndrome de) aigu (Denis RADU), 577.

Kyste intradural dorsal communiquant avec le liquide céphalo-rachidien (H. ROGER, M. ARNAUD, Y. POURSINE et J. ALLIEZ), 103.

L

Leptoméningite chronique basse avec syndrome de la queue de cheval et kyste séreux lombaire (CATOLA), 404.

Leuco-encéphalites simulant les néoplasies cérébrales ; le type concentrique de Balo (L. van BOGAERT), 107.

Liszt (Franz) ; étude psycho-pathologique (Robert QUERO), 578.

M

Main (forme constitutionnelle de la) (Gottfried KUHNEL), 268.

Malades ; présentation (P. DIVRY et M. MOREAU), 244.

Malariathérapie (histopathologie de la) (Walter L. BRUETSCH), 269.

— dans la paralysie générale (W. D. NICOL), 281 ; (B. REID), 281.

— des psychoses non luétiques (M. Levi Bianchini et J. Nardi), 281.
Maniaque (excitation) et Paranoïa (G. Petit), 1.
— (accès) ; rémission avec négativation luétique du liquide céphalo-rachidien (J. Fuster), 111.
Maniaque-dépressive (psychose) et émotions; troubles de l'équilibre acido-basique (Halina Jankowska), 274.
— — — ; le métabolisme basal sous l'influence des affects (Halina Jankowska), 274.
Manie intermittente et hyperplasie hypophysaire (X. et P. Abély, Couléon et Trillot), 229.
— et cyclothymie ; régression juvénile ; inversion sexuelle par hyperendocrinie (Georges Petit), 289.
Masturbation (rôle de la) dans l'étiologie des troubles mentaux (Wm. Malamud et C. Palmer), 117.
Médecine légale (méthodes psychologiques en) psychiatrique (Eurico Sampaio), 430.
Médulloblastome du IVe ventricule ; métastase tubérienne (J. de Busscher et A. Dewulf), 246.
Mélancolie ; traitement par l'hématoporphyrine (J. Vinchon et P. Bourgeois), 279.
— délirante d'allure chronique. Syndrome de Cotard guéri (J. Obarrio, P.-O. Sagreras et A.-J. Petre), 770.
Mélanoblastose primitive et diffuse des centres nerveux (R. Garcin, I. Bertrand, A. Thévenard et R.-A. Schwob), 751.
Mémoire (recherches sur les troubles de la) (Sosset), 13, 129.
Méningiome de l'hémisphère gauche (Th. de Martel), 753.
— de la petite aile du sphénoïde (P. Puech et G. Loisel), 753.
Méningite tuberculeuse avec xanthochromie (Geoffrey Bewley), 265.
— basilaire et spinale à cysticerques racémeux (Guillain, I. Bertrand et Thurel), 405.
— ; études histologiques (George B. Hassin), 601.
— tuberculeuse ; étude et traitement (A. Jousset), 766.
Méningite séreuse interne ou ventriculaire (Gaetano Boschi), 396.
— — ; traitement chirurgical (D. Petit-Dutaillis), 401.
— — ; diagnostic différentiel avec tumeur cérébrale (Medea), 404.
— — d'origine encéphalique (Knud Winther), 405.
— — chez l'enfant ; évolution cytologique (Tassovatz), 405.
— — post-traumatique guérie par ponction lombaire (Minkowski), 405.
Méningo-encéphalite grippale (Henri Schaeffer), 583.
— — rhumatismale non-suppurée (N. W. Winkelman et John L. Eckel), 584.
Menstruation (prophylaxie de l'influence aggravante de la) sur les psychoses et la tuberculose pulmonaire (E. Menninger), 117.
Mentalité (la) humaine (Bror Gadelius), 247.
Migraine ophtalmique avec hallucinose, crises oculo-céphalogyres et comitiales (Mme Yv. André et J.-O. Trelles), 691.
Mineurs (l'évolution du tribunal des) (E. Nelson), 286.
Myasthénie ; nouveau traitement (Forster), 102.
Myélomalacie post-traumatique (P. Borremans et L. van Bogaert), 246.
Myoclonies rythmées du voile, des lèvres et du larynx (J. Lhermitte, J. de Massary et J.-O. Trelles), 240.
— rythmées vélo-palato-pharyngées (Guillain, I. Bertrand et P. Mollaret), 559.
— vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques et myoclonies squelettiques synchrones (G. Guillain, R. Thurel et I. Bertrand), 750.
Myopathie (J. de Busscher et L. Massion-Verniory), 562.
— myotonique familiale sans cataracte ni troubles endocriniens (L. van Bogaert), 563.
Myxœdème acquis avec troubles mentaux (A. Courtois, H. Pichard et A. Liber), 206.

N

Narcose prolongée (traitement des psychoses par la) (Harold D. Palmer et Alfred L. Paine), 279.
Nembutal (le) dans la clientèle mentale hospitalière (Duncan Mac Millan), 280.
Nerfs craniens postérieurs; syndrome paralytique unilatéral par réticulosarcome (José M. Cid), 115.
Neurinome des nerfs mixtes (Georges Guillain, Ivan Bertrand et Jean Lereboullet), 242.
Neurographie (Makoto-Saito), 102.
Neurologie (précis de) (L. Rimbaud), 250.

— (place de la) dans l'enseignement de la médecine (MINKOWSKI), 434.
Neurolymphomatose périphérique (J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES), 243.
Neuro-mélitococcie ; syndrome encéphalo-méningé (L. RIMBAUD et M. JANBON), 583.
Neuro-végétatif (influence du système) sur le système réticulo-endothélial (V. HASKOVEC), 266.
Névralgie (la) faciale (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 558.
Névroses ; données cliniques modernes (H. F. HOFFMANN), 591.
Nucleus diaphragmœ (J. DAGNELIE), 416.

O

Objectivité (l') en psychologie (P. GUILLAUME), 259.
Obsession (l') (Raymond MALLET), 432.
Obstacle (phénomène d') dans le liquide céphalo-rachidien et les urines des hyperthermiques (DONAGGIO), 103.
Olivo - ponto - cérébelleuse (atrophie) (GUILLAIN, I. BERTRAND et THUREL), 243.
——— (hypoplasie congénitale de la voie) (H. M. ZIMMERMAN et KNOX FINLEY), 270.
Ondes courtes ; action expérimentale sur les fonctions cérébrales (H. HOFF et E. WEISSENBERG), 275.
Ophtalmo-encéphalo-myélopathie (S. E. BARRERA), 582.
Ophtalmologie et Neuro-Chirurgie (Th. de MARTEL, MONTBRUN et J. GUILLAUME), 777.
Opothérapie endocrinienne (Guy LAROCHE), 253.
Optico-cochléo-dentelée (dégénérescence systématisée) (R. NYSSEN et L. van BOGAERT), 752.
Or (sels d') ; injections provoquant une polyradiculite récidivante (J.-A. CHAVANY et E. BOURDILLON), 557.
Ostéomyélite de la colonne cervicale (Knud WINTHER), 103.
Ovarienne (troubles vasculaires périphériques et perturbations de la sécrétion) (M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et René CACHERA), 277.
Oxycarbonée (état démentiel consécutif à l'intoxication) chronique (G. HEUYER et J. DUBLINEAU), 223.
— (intoxication) aiguë accidentelle ; affaiblissement intellectuel consécutif (A. COURTOIS et Mme Yv. ANDRÉ), 686.

P

Paget (maladie de) héréditaire et familiale avec rétinite pigmentaire (L. van BOGAERT), 106.
——— à détermination exclusivement cranienne (Léon MICHAUX et Jean HESSE), 242.
Palilalie (Luiz ROBALINHO CAVALCANTI), 582.
Paralysie familiale périodique (le facteur thyroïdien dans la) (Samuel MORRISON et Milford LEVY), 276.
— de l'élévation avec œdème de la papille; amélioration par radiothérapie profonde (PAVIA et REPETTO), 404.
— faciale périphérique et sclérose en plaques (Henri SCHAEFFER), 557.
Paralysie générale ; examen du fond mental par la méthode des tests (Henri CLAUDE et Pierre MASQUIN), 71, 173.
—— ; sens des lapsus aux mots d'épreuve (J. FROMENT et GUIBERT), 103.
—— ; les mots d'épreuve avant et après impaludation et stovarsol (J. FROMENT et CHRISTY), 104.
—— ; pathochimie du cerveau (M. SERIJSKI et R. TOPSTEIN), 275.
—— et tabes ; temps d'incubation ; traitement spécifique (P. IOSSMANN), 281.
—— tardive (VERMEYLEN et HEERNU), 560.
—— ; altérations histopathologiques du rhombencéphale (Martha DANEZ), 600.
—— ; accidents épileptiques tardifs après malariathérapie (H. CLAUDE et P. MASQUIN), 677.
—— atypique, dite traumatique (G. FERDIÈRE), 754.
—— ; troubles psychosiques après malariathérapie (G. VERMEYLEN et Ch. FONTAINE), 757.
—— (troubles du langage dans une) simulant la schizophrénie (R. B. SILVA et R. ORLANDO), 776.
—— à évolution aiguë (Hector M. PINERO), 776.
Paranoïa (NEVE), 560.
Paranoïaques (la constitution et le caractère dans les syndromes) symptomatiques (J. DRETLER), 433.
Paraphrénique (psychose) complexe (G. HALBERSTADT), 302.
Paraplégie flasque foudroyante ; méningiome spinal (LÉVY-VALENSI, JUSTIN-BESANÇON, CUEL et LEBLANC), 242.

Paraspasme facial bilatéral post-encéphalitique (Laignel-Lavastine, Jean Fouquet et B. Klotz), 241.
Parathyroïdes (chirurgie des) (René Leriche), 283.
Parinaud (syndrome de), myoclonies rythmées vélo-palatines (R. Garcin, I. Bertrand et P. Frumusan), 751.
Parkinson (hémisyndrome de) par trauma périphérique (Marcel Faure-Beaulieu), 266.
— (syndrome de) post-encéphalitique ; destruction du locus niger (L. Marchand et H. Pichard), 716.
Parkinsonisme sulfo-carboné professionnel (G. B. Audo-Gianotti), 266.
Parole (retards de la) (Mlle Suzanne Borel), 596.
Pathologie mentale (essais de physiologie pathologique en) (Henri Claude), 431.
Pellagre (E. Barton White et A. L. Taylor), 584.
Périodique (psychose) et polynévrites traitées par les méthodes anti-choc (J. Tinel), 58.
Personnalité (variations cardio-respiratoires dans les études sur la) (J. A. Larson et G. W. Haney), 112.
— (modifications de la) sous l'influence de l'amytal sodique (Erich Limdemann), 112.
Pervers (l'internement des) constitutionnels (X. et P. Abély), 369.
Perversion infantile par encéphalite épidémique (Georges Heuyer et Jacques Lacan), 221.
Peur (l'expression de la) (Georges Dumas), 595.
*p*H; potentiels d'oxydo-réduction ; *r*H (Huybrechts), 252.
Physiologie (traité de) normale et pathologique (G.-H. Roger et L. Binet), 762.
Polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques (H. Claude, P. Masquin, J. Dublineau et Mlle Bonnard), 779.
Presbyophrénie et artériosclérose cérébrale (Max Liebers), 772.
Présénile (psychose). Négations systématiques et érotomanie (J. Capgras, E. Joaki et Ellenberger), 209.
— (démence). Maladie d'Alzheimer et atrophie de Pick (Braulio A. Moyano), 256.
Pression liquidienne et sanguine (G. Rizzo), 404.
— intracranienne (modification de la) (Knud Winther), 779.
— du liquide céphalo-rachidien dans les cas d'inflammation intracranienne (Robert Lund), 779.
Prisons (annexes psychiatriques dans les) (J. Fuster), 285.
Protubérance (lésions de la) ; hémiplégie douloureuse et hémianalgésie (V. Dimitri), 263.
Psychanalyse (Ernest Jones), 261.
— (part de la) dans la connaissance de l'Inconscient (R. Allendy), 262.
— ; évolution, méthodes et dangers (Wilhelm Stekel), 597.
Psychiatrie (la place de la) dans l'éducation médicale (Ralph A. Noble), 116.
Psychodiagnostic de Rorschach dans la schizophrénie (José Salas), 110 , chez les psychopathes (F. Dubitscher), 768.
Psychologie et Psychiatrie (G. Odobesco), 766.
Psychologique (explication) des illusions optico-géométriques (P. Guillaume), 261.
Psychopathiques (sur la double genèse et le schéma constitutionnel des troubles) (G. Bychowski), 433.
Psychoses ; thérapeutique hématoplacentaire (A. A. Zaitzew), 82.
Puerpérales (psychoses) et séquelles (Paul Sivadon), 248.
Pulsionnels et volontaires (psychologie et psychopathologie des processus) (Kurt Schneider), 596.
Pupillaire (réaction) paradoxale (Medea), 104.
Pyrétothérapie (T. D. Power), 282.
— (la) en neuropsychiatrie (B. Rodríguez-Arias et J. Pons-Balmes), 765.
Pyromanie (George L. Warner), 603.

R

Rabique (traitement anti-) ; accidents paralytiques (P. Remlinger), 267.
— (action du vaccin anti-) pastorien en neuropsychiatrie (L. Cruveilhier, A. Barbé et S. Nicolau), 342.
Rachitisme cérébral et démence rachitique (Th. Gött), 257.
Réactions de soutien chez l'homme (O. Balduzzi), 776.
Recklinghausen (maladie de) ; forme maligne (de Groodt, Delhaye et L. van Bogaert), 563.
Réflexe du museau chez l'homme (I. Susmann Galant), 113.
— achilléen par « pincement de la corde » (H. Callewaert), 245.
— tonique : la contraction catatonique de Kohnstamm (Carmera Villarta et A. Culebras), 435.
— frontal (H. Fendel), 581.

— oculo-cardiaque (J. M. Milicua), 581.
— palato et linguo-labial (Divry et Evrard), 757.
Rétino-humérale (la dissociation de la tension) (Rodolfo Julio Guiral), 273.
Rêve (le) ; considérations psychanalytiques (Angel Garma), 598.
Rigidité pallidale avec spasme de torsion (P. van Gehuchten), 562.
— unilatérale progressive avec choréoathétose et paroxysme de torsion (Bouché et L. van Bogaert), 760.
Roussy-Gabrielle Lévy (syndrome de) ; cas sporadique (Pierre Mollaret), 243.
Rubro-thalamique (syndrome) ; étude anatomo-clinique (Th. Dosuzkov et Karel Uttl), 601.

S

Sadisme (grand) (L. Ribeiro), 754.
Schizophrènes (personnalité et psychoses des) pykniques et asthéniques (F. Plattner-Heberlein), 434.
Schizophrénie ; pronostic de la forme catatonique (H. Bellinger), 255.
— avec lésions du système osseux (B. Dietrich), 268.
— ; traitement par la transfusion du sang (H. Goldbladt et A. Krapewkin), 280.
— traitement (Sano), 415.
— et neurosyphilis (G. I. Odobesco et H. Vasilesco), 652.
— (le problème de la) (H. Devine), 773.
— (évolution de la) de l'enfance (G. Ssucharewa), 773.
— avec symptômes neurologiques (G. Bychowski), 773.
— (les frontières de la) et de la démence précoce (Gilbert Robin), 774.
— (études encéphalographiques dans la) (M. T. Moore, D. Nathan, A. R. Elliot et Charles Laubach), 774.
Schmidt (syndrome de) à évolution aiguë (Jacques Decourt et L. Baldenweck), 240.
Sclérose tubéreuse ; forme héréditaire et familiale (I. Koenen), 114.
— tubéreuse et spongioblastome (L. van Bogaert), 564.
Sclérose en plaques (Dominguez Borreguero), 263.
——— ; formes ménopausiques (Laignel-Lavastine et N. Y. Koressios), 559.
Scléroses multiples ; traitement par le chlorhydrate de quinine (Richard M. Brickner), 283.
Secret médical (le) ; son caractère juridique (Georges Jacomet), 579.
Séniles (les plaques) (A. Bonhour), 269.
— et préséniles (altérations tissulaires) (A.-V. Braunmuhl), 599.
Sensations (disparition périodique des) (W Heinrich), 260.
Sérique (paralysie post-) (W. López Albo), 267.
Sérothérapie cérébrospinale (J. Dumont et R. Pierret), 282.
Sexologie normale et pathologique (A. Hesnard), 426.
Sinus (rapports entre les affections des) et les maladies mentales (F.-A. Pickworth), III.
— (pathologie des) de la face et troubles mentaux (F.-A. Pickworth), 258.
— de la dure-mère ; visibilité par l'encéphalographie (Egas Moniz, Abel Alves et Fernando de Almeida), 265.
— (processus purulent du) maxillaire ; méningite séreuse consécutive (M. Wolff), 265.
Sinusite et troubles mentaux (T.-C. Graves), 258.
Société Médico-Psychologique. Décès de M. Paul Sollier, 67.
———. Nominations. *Membres correspondants nationaux :* H. Daussy, 69. Potet, 504.
Membres associés étrangers : D. Kourétas, James-V. May, 504.
———. Subvention du Conseil général de la Seine, 205.
———. Date de l'Assemblée générale, 352.
———. Assemblée générale, 720.
———. Prix de la Société, 721.
———. Rapport de la Commission des Finances, 721.
———. Rapport du Secrétaire général, 722.
———. Election du bureau pour l'année 1934, 724.
———. Bureau de la Société pour 1934, 725.
———. Conseil d'administration, 726.
———. Commission des Finances, 726.
Sommeil (H. Coutière), 580.
Spasme de torsion avec rémissions (A. Ley), 760.
Spinothalamiques (fibres) chez l'homme (P. van Gehuchten), 564.

Spirochétose méningée pure (P. Nicaud), 114.
Stupeur. schizophrénique (G. Bychowsky), 254.
Suicide (le) (Charles Blondel), 424.
Sulfophénolphtaléine (injections de) pour les recherches sur la circulation du liquide spinal (Campailla), 405.
Sympathique et rhumatisme (Laignel-Lavastine), 266.
Symptôme (le), le patient et la crédulité (Luis-Hector Inchauspe), 428.
Syphilis (traitement de la) (A. Sézary), 429.
Syringobulbie (Krayenbühl), 264.
— à évolution lente (Faure-Beaulieu, R. Wahl et M. Brunel), 556.
Syringomyélie ; ponction de la cavité à son pôle inférieur (Jiri Vitek), 264.
Système nerveux ; tumeurs des enveloppes (Wilder Penfield), 265.
— central (« affections systématisées syphilitiques » du) (Ammossor et Masjillo), 269.
— ; anatomie et physiologie cliniques (B. Conos), 763.

T

Tempéraments (différenciation des) (de Greef), 412.
Thérapeutique (l'année) (A. Ravina), 254.
— somatique des psychoses graves (I. E. Staehelin), 280.
Thyrotoxique (syndrome) simulant une névrose primaire (S. Gunsburg), 781.
Tonoscopie de Bailliart, signe d'hypertension intra-cranienne (Pavia), 102.
Torticolis spasmodique et sclérose en plaques (G. Guillain et P.-R. Bize), 242.
Toxines urinaires et catatonine de de Jong (J. Tinel, Eck et Mme M. Eck), 710.
Traitement psychanalytique ; guérison rapide (S. Nacht), 263.
Transfert (la psychologie du) (W. Morgenthaler), 598.
Traumatisme et perversité acquise (R. Benon), 756.
Traumatismes craniens ; troubles neuro-végétatifs consécutifs (Minkowski), 104.
— — chez l'enfant suivis de manifestations psychopathiques (G. Vermeylen), 414.
— — (relations entre les) et les maladies mentales et nerveuses (F. W. Mott), 772.
— — ; symptômes neurologiques (Knud Malling), 778.
Tréponémique (infection) ; fragilité du fœtus et de l'enfant mâles (B. Dujardin, J. Ley et J. Titeca), 781.
Tronc cérébral (troubles psychiques dans les affections du) (E. Guttmann et K. Herrman), 771.
Trypanosomiase ; psychose hallucinatoire (H. Baonville, J. Ley et J. Titeca), 414.
— africaine ; syndrome d'inhibition motrice, anneau cornéen et pigmentations cutanées (P. Borremans et L. van Bogaert), 418.
Tubercule pariéto-occipital opéré (Cl. Vincent, G. Heuyer et Mlle Claire Vogt), 558.
Tuberculose pulmonaire des déments précoces (J. Lauzier, H. Baruk, M. Bidermann et F. Blumenfeld), 726.
— et troubles mentaux (R. Targowla), 775.
Tumeur de la base du crâne ; syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens (Paul Schmite), 559.
— du IVe ventricule (Barré), 752.
Tumeurs juxtamédullaires (Viggo Christiansen), 264.
— du cerveau (diagnostic histologique des) (Percival Bailey), 270.
— des différentes régions du cerveau ; symptomatologie (Frederic Andrews Gibbs), 589.
— du lobe frontal (Pines et Skiartschack), 590.
— du IIIe ventricule (S. S. Allen et H. W. Lovell), 590.
Tumeurs cérébrales ; diagnostic différentiel ; importance de l'hypertension rénale et de la stase papillaire (Francis C. Grant), 113.
— — ; psychoses initiales (Leo J. Adelstein et Martin G. Carter), 257.
— — (P. Martin), 416.
— — ; troubles mentaux (George W. Henry), 771.

V

Vagabondage par aliénation mentale (Cleen et Goemans), 413.
Vagotonine ; recherches de pharmacodynamie humaine (Léon Deschildre), 253.

— ; effets sur les aliénés (M. Desruelles, P. Léculier et Mme P. Gardien), 371.
— ; action sur le réflexe oculo-cardiaque dans l'anxiété (H. Claude, J. Dublineau et Dorolle), 376.
Varicelle ; complications nerveuses (V. Gillot, Ch. Sarrouy et P. Dupuy d'Ury), 584.
Ventriculaire (repérage) (Laruelle), 105 ; chez le nourrisson et l'enfant (Meyer), 410.
Ventriculographie (Clovis Vincent, Marcel David et Pierre Puech), 406; (Schröder et Knud Winther), 411.
— et cysticercose cérébrale (Froment, Wertheimer et Dechaume), 411.
— lipiodolée (Brunschweiler), 411.
— et encéphalographie dans la localisation et le traitement des lésions intracraniennes (Francis C. Grant), 435.
Vestibulaires (lésions) périphériques et centrales ; diagnostic différentiel (J. Vandenbranden et J. Dagnelie), 416.
Virus filtrants (relation des) avec les maladies du système nerveux (Thomas M. Rivers), 780.

X

Xanthoprotéique (la réaction) dans diverses maladies mentales (Rosa Bellincioni), 273.

Z

Zona infectieux et zona traumatique (P. Lamothe et H. Bernadou), 115.
Zondek (réaction de) dans les états maniaques (Henri Claude et J.-R. Cuel), 233.

TABLE ALPHABÉTIQUE

LES NOMS D'AUTEURS (1)

A

Abély (Paul). V. *Abély (Xavier)*.
—. *Discussion*, 237, 380, 528, 548, 708.
Abély (Xavier) et (Paul), Couléon et Trillot. Manie intermittente et hyperplasie hypophysaire, **229**.
— et (Paul). L'internement des pervers constitutionnels, **369**.
—. *Discussion*, 708, 732.
Acker (Ch. van). Le complexe d'Œdipe, 262.
Adelstein (Leo J.) et Carter (Martin-G.). Les psychoses en tant que manifestation initiale des tumeurs cérébrales, 257.
Alajouanine (Th.) et Thurel (R.). La névralgie faciale, 558.
Albane. V. *Baruk*.
Allen (S. S.) et Lovell (H. W.). Tumeurs du troisième ventricule, 590.
Allendy (R.). La part de la psychanalyse dans la connaissance de l'inconscient, 262.
Alliez (J.). V. *Roger*.
Almeida (Fernando de). V. *Moniz*.
Altman (M.). V. *Courtois*.
Alves (Abel). V. *Moniz*.
Aman-Jean (F.). V. *Lhermitte*.
Ammossor et Masjillo. Affections systématisées syphilitiques du système nerveux central, 269.
André (Mme Y.). V. *Courtois*.
— et Trelles (J.-O.). Migraine ophtalmique avec hallucinose, crises oculocéphalogyres et comitiales, **691**.
Ansaldi (I. B.). V. *Ciampi*.
Arcalides (N. M.). Encéphalite psychosique aiguë staphylococcique, 550.
Arnaud (M.). V. *Roger*.
Asorey (B. Lois). Métabolisme de la créatinine dans les maladies mentales, 274.
Aubry (M.). V. *Guillain*.
—. *Discussion*, 686.
Audo-Gianotti (G. B.). Le parkinsonisme sulfo-carboné professionnel, 266.

B

Bailey (Percival). Diagnostic histologique des tumeurs du cerveau, 270.
Balado (Manuel). V. *Dimitri*.
Baldenweck (L.). V. *Decourt*.
Balduzzi (O.). Les réactions de soutien dans les états physiologiques et pathologiques, 776.
Banu (G.). L'hygiène sociale de l'Enfance, 572.
Baonville (H.), Ley (J.) et Titéca (J.). Psychose hallucinatoire chez un trypanosomié, 414.
—. V. *Vermeylen*.
Barbé (A.). V. *Cruveilhier*.
Barkas (Mary R.). Culpabilité, 602.
Barré (J.-A.). Les arachnoïdites spinale et de la fosse cérébrale postérieure, 398.
—. Tumeur du 4e ventricule, 752.
Barrera (S. E.). Ophtalmo-encéphalomyélopathie, 582.
Barton White (E.) et Taylor (A. L.). Pellagre, 584.
Baruk (H.). V. *Claude*.
—. La catatonie colibacillaire expérimentale et clinique, **449**, **524**.
— et Trubert (E.). Psychose colibacillaire à forme onirique puis maniaque, **505**.
— et Devaux. Catatonie colibacillaire grave, guérison clinique après sérothérapie, **509**.
—, Poumeau-Delille (G.) et Sicard. Catatonie avec délire onirique au cours d'une typhoïde, 556.
—. *Discussion*, 716.

(1) Les indications en chiffres **gras** se rapportent aux Mémoires originaux et aux Communications à la Société Médico-Psychologique.

—. V. *Lauzier.*
—, Sauvage et Albane. Démence précoce grave consécutive à une typhobacillose, 734.
Baruk (J.). *Discussion,* 361.
Batawia (St.). Le caractère criminel, 284.
Baudouin. *Discussion,* 732.
— et Petit-Dutaillis. Névralgie du glosso-pharyngien, 753.
Beaudouin (Henri). *Discussion,* 73.
Beley (André). L'enfant délinquant, 429.
Bellincioni (Rosa). La réaction xanthoprotéique dans diverses maladies mentales, 273.
Bellinger (C. H.). Pronostic de la forme catatonique de la schizophrénie, 255.
Beltran (J.-R.). Perturbation de la conscience dans un délire post-malarique, 770.
Bender (Mme Lauretta). Fibres corticofuges et d'association du cortex du vermis cérébelleux, 270.
Benon (R.). L'asthénie chronique, 585.
—. Traumatisme et perversité acquise, 756.
Berdet (H.). V. *Vincent.*
Berman (Louis). Crime et glandes endocrines, 285.
Bernadou (H.). V. *Lamothe.*
Bertrand (Ivan). V. *Guillain.*
—. V. *Garcin.*
— et Garcin (R.). Hémiballismus ; lésion du corps de Luys et de la zona incerta, 751.
Besançon (Justin-). V. *Lévy-Valensi.*
—. V. *Villaret.*
—. V. *Labbé.*
Bewley (Geoffroy). Méningite tuberculeuse avec xanthochromie, 265.
Bianchini (F.) et Sandri (P.). Glucose dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, 271.
Bidermann (M.). V. *Lauzier.*
Binet (André). L'amour et l'émotion chez la femme, 424.
Binet (Léon). V. *Roger (G.-H.).*
Bize (P. R.). V. *Guillain.*
Blalock (J.-R.). Caractère et démence précoce catatonique, 775.
Bleuler (E.). Théories psychophysiques de l'hystérie, 593.
Blondel (Charles). Le suicide, 424.
Blumenfeld (F.). V. *Lauzier.*
Bogaert (L. van). V. *Vincent.*
—. Maladie de Paget héréditaire et familiale avec rétinite pigmentaire, 106.
—. Les leuco-encéphalites simulant les néoplasies cérébrales. Le type concentrique de Balo, 107.
—. V. *Borremans.*
—. Problèmes histo-pathologiques de l'idiotie familiale amaurotique, 417.
—. Myopathie myotonique familiale sans cataracte ni troubles endocriniens, 563.
—. V. *Groodt.*
—. Selérose tubéreuse et spongioblastome, 564.
—. Hallucinations et phénomènes oculogyres, 570.
—, Borremans, Reusens et Weyn (Rémy). Les encéphalomyélites subaiguës et tardives de la scarlatine, 583.
—. V. *Nyssen.*
—. V. *Bouché.*
Bonhour (A.). Les plaques séniles, 269.
Bonnard (Mlle). V. *Claude.*
Borel (Mlle Suzanne). Les retards de la parole, 596.
Borreguero (Dominguez). La sclérose en plaques, 263.
Borremans (P.) et Bogaert (Ludo van). Myélomalacie post-traumatique chez un alcoolique, 246.
— et Bogaert (L. van). Trypanosomiase africaine ; inhibition psychomotrice, anneau cornéen, pigmentations cutanées, 418.
—. V. *Bogaert.*
Boschi (Gaetano). Méningites séreuses internes ou ventriculaires, 396.
Boss (M.). Des hallucinations « in state nascendi », 570.
Bouché et Bogaert (L. van). Rigidité unilatérale progressive avec choréo-athétose et paroxysme de torsion, 760.
Bourdillon (E.). V. *Chavany.*
Bourgeois (P.). V. *Vinchon.*
Boven (W.). Morphologie et caractérologie des délinquants, 602.
Braulio A. Moyano. Les démences préséniles ; maladie d'Alzheimer et atrophie de Pick, 256.
Braunmuhl (A. V.). Altérations tissulaires séniles et préséniles, 599.
Bregman (L. E.). Abcès du cerveau post-traumatiques tardifs ; rôle du colibacille, 589.
Brickner (Richard M.). Traitement des scléroses multiples par le chlorhydrate de quinine, 283.
Brissot. *Discussion,* 73, 93, 370.
Bruetsch (Walter L.). L'histopathologie de la malariathérapie, 269.
Brunel (M.). V. *Faure-Beaulieu.*
Brunelli (P.). V. *Pasqualini.*
Bruno (A.). V. *Ciampi.*
Brunschweiler. Arachnoïdite, 406.
—. Ventriculographie lipiodolée, 411.
Brzezinski (J.). V. *Martimor.*
Busscher (J. de) et Dewulf (A.). Médulloblastome du 4e ventricule, 246.
— et Massion-Verniory (L.). Myopathies, 562.
Buzzo (Alfredo) et Carratala (Rogelio E.). Intoxications par les composés barbituriques, 111.

Bychowski (G.). Les états de stupeur schizophrénique, 254.
—. Sur la double génèse et le schéma constitutionnel des troubles psychopathiques, 433.
—. Schizophrénie avec symptômes neurologiques, 773.

C

Cachera (René). V. *Villaret.*
Cahane (Mares) et (Tatiana). Traitement de l'azotémie de certaines psychoses aiguës, 381.
Callewaert (H.). Réflexe achilléen par « pincement de la corde », 245.
Calvet (J.). Etude de l'épiphyse, 764.
Campailla. Injections de sulfophénolphtaléine dans le liquide spinal, 405.
Capgras (J.), Joaki (E.) et Ellenberger. Psychose présénile. Négations systématiques et érotomanie, 209.
Carratala (Rogelio). V. *Buzzo.*
Carter (Martin G.). V. *Adelstein.*
Casalis (B.). V. *Leulier.*
Castejon (F.). Déclaration obligatoire des maladies mentales et vénériennes, 278.
Catola. Leptoméningite avec syndrome de la queue de cheval, 404.
Ceillier. *Discussion,* 547.
Charpentier (Clément). *Discussion,* 359, 366.
Charpentier (René). A propos de la Réforme du Code Pénal, 353.
—. *Discussion,* 548, 710, 733.
Chavany (J. A.) et Welti (H.). La névralgie du glosso-pharyngien, 115.
— et Bourdillon (E.). Polyradiculite récidivante due aux injections de sels d'or, 557.
Christiansen (Viggo). Tumeurs juxta-médullaires, 264.
Christie (T.). V. *Good.*
Christophe. V. *Divry.*
Christy. V. *Froment.*
Ciampi (L.), Bruno (A.) et Ansaldi (I. B.). La réactivation du liquide céphalo-rachidien, 272.
Cid (José M.). Paralysie des nerfs craniens postérieurs par réticulo-sarcome, 115.
Claude (Henri) et Masquin (Pierre). L'examen du fond mental des paralysies générales par la méthode des tests, 71, 173.
—. Les aliénés en liberté, 97.
—, Pichard (H.) et Liber (A.). Myxœdème acquis avec troubles mentaux, 206.
—. *Discussion,* 233, 360, 709.
— et Cuel (J. R.). La réaction de Zondek dans les états maniaques, 233.
—, Baruk (H.) et Olivier (H.-R.). Polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans la catalepsie et la catatonie, 272.
—, Dublineau (J.) et Dorolle. Action de la vagotonie sur le réflexe oculo-cardiaque dans l'anxiété, 376.
—. L'arachnoïdo-piémérite cérébrale, 394.
—. Des essais de physiologie pathologique en pathologie mentale, 431.
— et Corman (Louis). Syndrome catatonique atypique avec sursimulation, 492.
— et Masquin (P.). Les accidents épileptiques tardifs des paralytiques généraux malarisés, 677.
— et Dublineau (J.). Hébéphrénie traitée par les sels d'or et la pyrétothérapie par l'huile soufrée, 698.
—, Masquin (P.), Dublineau (J.) et Bonnard (Mlle). Les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques, 779.
Cleen et Goemans. Vagabondage par aliénation mentale, 413.
Cohn (G.) et (M.). V. *Hyvert.*
Colin (A.). La chorée, infection du cavum, 267.
Colognese (G.). La pression moyenne dans la démence précoce, 273.
Conos (B.). Anatomie et physiologie clinique du système nerveux, 763.
Corman (Louis). V. *Claude.*
Costedoat (A.). Les troubles psychiques de l'ergotisme épidémique, 185.
Courbon. *Discussion,* 47, 228, 548, 549.
Courtois (A.) et André (Mme Y.). Sclérodermie généralisée au cours d'un syndrome de démence, précoce, 47.
— et Altman (M.). Réaction du benjoin de type méningitique sans signes méningés cliniques, 51.
—. *Discussion,* 220, 555, 749.
— et André (Mme Y.). Affaiblissement intellectuel consécutif à l'intoxication oxycarbonée aiguë accidentelle, 686.
—. V. *Marchand.*
Coutière (H.). *Sommeil,* 580.
Crile (Georges). Diagnostic et traitement de l'hyperthyroïdisme, 276.
Cruveilhier (L.), Barbé (A.) et Nicolau (S.). Le vaccin antirabique pastorien en neuro-psychiatrie, 342.
Cuel (J. R.). V. *Claude.*
—. V. *Lévy-Valensi.*
Culebras (A.). V. *Villarta.*
Curton (Émile de). L'épilepsie consciente et mnésique, 577.

D

DAGNELIE (J.). Nucleus diaphragmœ, 416.
—. V. *Vandenbranden.*
DAMAYE (Henry). Les impulsions sexuelles des alcooliques, 285.
DANEZ (Martha). Altérations histopathologiques du rhombencéphale dans la paralysie générale, 600.
DANIELOPOLU (D.). Ganglion étoilé et réflexe de production de l'accès angineux, 265.
DAVID (Marcel). V. *Vincent.*
DECHAUME. V. *Froment.*
DECOURT (Jacques) et BALDENWECK (L.). Syndrome de Schmidt à évolution aiguë, 240.
DELHAYE. V. *Groodt.*
DEMAY. *Discussion,* 364.
DEREUX (J.) et HAYEM (A.). Hématome sous-dural chronique post-traumatique, 753.
DESCHAMPS (Mlle). V. *Marchand.*
DESCHILDRE (Léon). Recherches de pharmacodynamie avec la vagotonine, 253.
DESRUELLES (M.), LÉCULIER (P.) et GARDIEN (Mme P.). Action de la vagotonine sur les aliénés, 371.
—. *Discussion,* 380.
DEVINE (H.). Le problème de la schizophrénie, 773.
DEWULF (A.). V. *Busscher.*
DIETRICH (B.). Schizophrénie avec lésions singulières du système osseux, 268.
DIMITRI (V.). Hémiplégie douloureuse et hémianalgésie associées au tabès, 263.
—. Dégénérescences nerveuses rétrogrades, 268.
— et BALADO (Manuel). Voies et récepteurs centraux de la douleur, 599.
DIVRY (P.) et MOREAU (M.). Présentation de deux malades, 244.
—. Tumeur de la couche optique : attitude anormale de la tête, absence de troubles sensitifs, 417.
— et EVRARD. Réflexe palato et linguo-labial, 757.
—, CHRISTOPHE et MOREAU. Calcification intra-cérébrale en dehors des tumeurs, 759.
DONAGGIO. Phénomène « d'obstacle » dans le liquide céphalo-rachidien et les urines des hyperthermiques, 103.
DONNADIEU de VABRES. *Discussion,* 363, 364, 367.
DOROLLE. V. *Claude.*
DOSUZKOV (Th.) et UTTL (Karel). Etude anatomo-clinique du syndrome rubro-thalamique, 601.
DOUSSINET. V. *Jacob.*
DRABS. V. *Sollier.*
DRETLER (J.). La constitution et le caractère dans la paranoïa symptomatique, 433.
DUBITSCHER (F.). L'interprétation des formes de Rorschach chez les psychopathes, 768.
DUBLINEAU (J.). V. *Heuyer.*
—. V. *Claude.*
DUCOSTÉ. « Droit de guérir » et thérapeutique intra-cérébrale, 755.
DUJARDIN (B.), LEY (J.) et TITECA (J.). Fragilité du fœtus et de l'enfant mâles vis-à-vis du tréponème, 781.
DUMAS (Georges). *Discussion,* 43, 70, 529, 550.
—. *Allocution,* 67.
—. L'expression de la peur, 595.
DUMONT (J.) et PIERRET (R.). La sérothérapie cérébro-spinale, 282.
DUPAIN. *Discussion,* 549.
DUPUY d'URY (P.). V. *Gillot.*
DUVOIR. Un expert peut-il entendre des témoins ? 755 ; s'adjoindre un spécialiste ? 756.

E

ECK (M. et Mme). V. *Tinel.*
ECKEL (John L.). V. *Winkelman.*
ELIENBERGER. V. *Capgras.*
ELLIOT (A.-R.). V. *Moore.*
EVRARD. V. *Divry.*
EY (Henri). *Discussion,* 370.
—. Le problème des hallucinations, 566.

F

FALKIEWITCH (Mme Adam). Apraxie sympathique gauche avec hémiplégie droite, 266.
FAURE-BEAULIEU (Marcel). Hémisyndrome parkinsonien par trauma périphérique, 266.
—, WAHL (R.) et BRUNEL (M.). Syringobulbie à évolution lente, 556.
FAVER (H. E.). Le caractère des sujets atteints de démence précoce catatonique, 433.
FENDEL (H.). Le réflexe frontal, 581.
FERDIÈRE (G.). Cas atypique de paralysie générale dite traumatique, 754.
FIELD (H. E.). V. *Good.*
FINLEY (Knox). V. *Zimmerman.*
FLOURNOY (H.). Le problème des hallucinations au point de vue psychanalytique, 567.
FONTAINE. V. *Wertheimer.*
—. V. *Vermeylen.*

FORSTER. Traitement nouveau de la myasthénie, 102.
FOUQUET (Jean). V. *Laignel-Lavastine.*
FRIBOURG-BLANC. *Discussion,* 734.
FROMENT (J.) et GUIBERT. Lapsus et dysarthrie du paralytique général, 103.
— et CHRISTY. Le test des mots d'épreuve avant et après impaludation et stovarsol, 104.
—, WERTHEIMER et DECHAUME. Cysticercose cérébrale et ventriculographie, 411.
FROMONT-SMITH (F.). Pathogénie des modifications du liquide céphalo-rachidien dans la méningite, 780.
FRUMUSAN (P.). V. *Garcin.*
FUSTER (J.). Rémission de manie après négativation luétique du liquide céphalo-rachidien, 111.
—. Psychologie du délinquant ; épreuve de la pénalisation des délits, 284.
—. Les annexes psychiatriques dans les prisons, 285.

G

GADELIUS (Bror). La mentalité humaine, 247.
GALAN (J.). V. *Pascual.*
GANNOUCHKINE (P.). Clinica psicopatii, 575.
GARCIN. V. *Guillain.*
—, BERTRAND (I.) et FRUMUSAN (P.). Syndrome de Parinaud, myoclonies rythmées vélo-palatines, 751.
—. V. *Bertrand.*
—, BERTRAND (I.), THÉVENARD (A.) et SCHWOB (R. A.). Mélanoblastose primitive et diffuse des centres nerveux, 751.
GARDIEN (Mme P.). V. *Desruelles.*
GARMA (Angel). Le rêve. Considérations psychanalytiques, 598.
GAULE (A.). Chorée d'Huntington dans une famille de la Suisse orientale, 116.
GEHUCHTEN (P. van). Arachnoïdite post-traumatique, 107.
—. Arachnoïdo-piémérite post-traumatique de la convexité, 406.
—. Rigidité pallidale avec spasme de torsion, 562.
—. Etude des fibres spinothalamiques chez l'homme, 564.
GIBBS (Frederic Andrews). Fréquence relative de certains symptômes dans les tumeurs du cerveau, 589.
GILLOT (V.), SARROUY (Ch.) et DUPUY d'URY (P.). Complications nerveuses de la varicelle, 584.
GLOBUS (Joseph H.). V. *Strauss.*
GLOVER (Edward). V. *Good.*
GOEMANS. V. *Cleen.*
GOLDBLADT (H.) et KRAPEWKIN (A.). Traitement de la schizophrénie par la transfusion, 280.
GOOD (T. S.), FIELD (H. E.), CHRISTIE (T.), RIKMAN (John), GLOVER (Edward). La psychologie du crime, 601.
GÖTT (Th.). Rachitisme cérébral et démence rachitique, 257.
GOURIOU. *Discussion,* 363, 367, 370.
GOYANES (B.). — L'hyperthermie réactionnelle dans l'encéphalographie, 411.
GRANT (Francis C.). Le diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales, importance de l'hypertension rénale et de la stase papillaire, 113.
—. Ventriculographie et encéphalographie dans la localisation et le traitement des lésions intracraniennes, 435.
GRAVES (T. C.). Sinusite et troubles mentaux, 258.
GREEF (de). Différenciation des tempéraments, 412.
GROODT (de), DELHAYE et BOGAERT (L. van). Forme maligne de la maladie de Recklinghausen, 563.
GUIBERT. V. *Froment.*
GUILLAIN (Georges) et BIZE (P. R.). Torticolis spasmodique et sclérose en plaques, 242.
—, BERTRAND (Ivan) et LEREBOULLET (Jean). Neurinome des nerfs mixtes, 242.
—, AUBRY (M.), BERTRAND (I.) et LEREBOULLET (J.). Hémangiome kystique du IVe ventricule, 243.
—, BERTRAND (I.) et THUREL. Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, 243.
—. Etudes cliniques, 249.
—, GARCIN et SIGWALD. Arachnoïdites spinales, 404.
—, BERTRAND (I.) et THUREL. Méningite basilaire et spinale à cysticerques racémeux, 405.
—, PETIT-DUTAILLIS et MICHAUX (L.). Ependymome médullaire opéré, 558.
—, BERTRAND (I.) et MOLLARET (P.). Myoclonies rythmées vélo-palato-pharyngées, 559.
—, THUREL (R.) et BERTRAND (I.). Myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques et myoclonies squelettiques synchrones, 750.
GUILLAUME (M. P.). L'objectivité en psychologie, 259.
—. A propos d'une explication psychologique, 261.
—. V. *Martel.*
GUIRAL (Rodolfo Julio). La dissociation de la tension rétino-humérale, 273.
GULLOTTA (S.). L'interruption du syndrome catatonique, 109.
GUNSBURG (Solomon W.). V. *Strauss.*

—. Syndrome thyrotoxique simulant une névrose primaire, 781.
Gurewitsch (M.). Le syndrome interpariétal dans les maladies mentales, 772.
Guttmann (E.) et Herrman (K.). Troubles psychiques dans les affections du tronc cérébral et le syndrome d'automatose, 771.

H

Hackfield (A. W.). Troubles somatiques et psychosiques de l'anémie pernicieuse, 585.
Halberstadt (G.). Psychose paraphrénique complexe, 302.
—. Psychoses d'involution. La dysphrénie antitonique, 470.
Hamel. *Discussion,* 361, 367, 369.
Haney (G. W.). V. *Larson.*
Haskovec (V.). Influence du système neuro-végétatif sur le système réticulo-endothélial, 266.
Hassin (Georges B.). Etudes histologiques sur les méningites, 601.
Hayem (A.). V. *Dereux.*
Heernu (J.). V. *Martin.*
—. V. *Vermeylen.*
Heinrich (W.). Disparition périodique des sensations, 260.
Heinze (Hans). Le syndrome d'érethisme impulsif chez l'enfant, 587.
Henry (G.-W.). Symptômes mentaux observés aux cours des tumeurs cérébrales, 771.
Herrman (K.). V. *Guttmann.*
Hesnard (A.). Traité de sexologie normale et pathologique, 426.
Hesse (Jean). V. *Michaux.*
Heucqueville (G. d'). V. *Laignel-Lavastine.*
Heuyer (Georges) et Lagache (D.). Syndrome d'influence symptomatique d'une encéphalite, impulsions suicide et homicide, 214.
— et Lacan (Jacques). Perversion infantile par encéphalite épidémique précoce, 221.
— et Dublineau (J.). Etat démentiel consécutif à l'intoxication oxycarbonée, 223.
— et Le Guillant. Le début de la démence précoce, 256.
—. *Discussion,* 529, 732.
— et Lacan. Alcoolisme subaigu à pouls normal ou ralenti avec syndrome d'automatisme mental, 531.
—. Un internement contesté, 547.
—. V. *Vincent.*
—, Vogt (Mlle C.) et Roudinesco (Mme). Forme familiale de l'encéphalite périaxile diffuse, 752.
Hinsie (Leland E.). Le syndrome catatonique dans la démence précoce, 255.
Hoet. Les syndromes hypophysaires en clinique, 759.
Hoff (H.) et Weissenberg (E.). Action des ondes courtes sur les fonctions cérébrales, 275.
Hoffmann (H. F.). Le problème clinique actuel des névroses, 591.
Hosni Sabah. V. *Thabaud.*
Houston Merritt (H.). Démence paralytique de Lissauer, 110.
Hunt (J.-R.). Eréthizophrénie et Kolyphrénie, 768.
Huybrechts. *p*H, potentiels d'oxydoréduction ; *r*H, 252.
Hyvert, Tran-Minh-Phuong, G. et M. Cohn. Traitement de l'encéphalite psychosique azotémique, 743.

I

Imbert (I.). Psychoses anxieuses aiguës d'origine alcoolique, 770.
Inchauspe (Luis Hector). Le symptôme, le patient et la crédulité, 428.
Iossmann (P.). Traitement de la syphilis et incubation de la paralysie générale et du tabès, 281.

J

Jacob (Mlle El.) et Doussinet (P.). Les formes d'azotémie en médecine mentale, 282.
Jacomet (Georges). Le secret médical. Son caractère juridique, 579.
Jambon (M.). V. *Rimbaud.*
Janet (Pierre). *Discussion,* 70.
—. L'Amour et la Haine, 419.
Jankowska (Halina). La psychose maniaque-dépressive, 274.
Joaki (E.). V. *Capgras.*
Jones (Ernest). Psychanalyse, 261.
Jonge (de). Hallucinations et énergie psychique, 571.
Jordan (S. M.). Instabilité colique et troubles nerveux, 777.
Jousset (A.). Etude et traitement de la méningite tuberculeuse, 766.

K

Kaiserowna (St.). V. *Swierczek.*
Klein (Robert). Le « cours » du langage chez les aphasiques, 590.
Klotz (B.). V. *Laignel-Lavastine.*
—. V. *Laroche.*
Knud-Winther. L'ostéomyélite de la colonne cervicale, 103.

KOENEN (I.). Forme héréditaire et familiale de sclérose tubéreuse, 114.
KORESSIOS (N. Y.). V. *Laignel-Lavastine.*
KRAPEWKIN (A.). V. *Goldbladt.*
KRAYENBÜHL. Symptomatologie de la syringobulbie, 264.
KREINDLER. V. *Marinesco.*
KUHN (Miguel J.). V. *Orlando.*
KUHNEL (Gottfried). La forme constitutionnelle de la main, 268.

L

LABBÉ (Marcel), JUSTIN-BESANÇON (L.) et SOULIÉ (P.). Les troubles vasculaires périphériques dans la maladie de Basedow, 586.
LACAN (Jacques). V. *Heuyer.*
LAGACHE (D.). V. *Heuyer.*
LAIGNEL-LAVASTINE. *Discussion,* 51, 54, 362.
—, HEUCQUEVILLE (G.) et KLOTZ (B.). Guérisseur, martyre thérapeutique et maisons hantées, 54.
— et HEUCQUEVILLE (Georges d'). Les tonalités affectives des épileptiques traités, 196.
—, FOUQUET (Jean) et KLOTZ. Paraspasme facial bilatéral post-encéphalitique, 241.
—. Sympathique et rhumatisme, 266.
— et KORESSIOS (N. Y.). L'hémolysoréaction, 558.
— et KORESSIOS (N. Y.). Les formes ménopausiques de la sclérose en plaques, 559.
LAMOTHE (P.) et BERNADOU (H.). Zona infectieux et zona traumatique, 115.
LANGE (I.). L'héboïdie, 434.
LAROCHE (Guy) et KLOTZ (Boris). Syndrome de Klippel-Feil avec quadriplégie spasmodique, 241.
—. Opothérapie endocrinienne, 253.
LARSON (J. A.) et HANEY (G. W.). Les variations cardio-respiratoires dans les études sur la personnalité, 112.
LARUELLE. Le repérage ventriculaire, 105.
LAUBACH (Ch.). V. *Moore.*
LAUZIER (J.), BARUK (H.), BIDERMANN et BLUMENFELD (F.). La tuberculose pulmonaire des déments précoces, 726.
LEBLANC. V. *Lévy-Valensi.*
LÉCULIER (P.). V. *Desruelles.*
—. V. *Santenoise.*
LEGRAND A. DAMON. Taux du métabolisme basal dans l'épilepsie, 275.
—. Hémorragie bilatérale des surrénales, cause de mort subite dans l'épilepsie, 588.
LE GUILLANT. V. *Heuyer.*
LEMAIRE (André) et WORMS (Robert). Variations par la saignée de la tension du liquide céphalo-rachidien, 271.
LEREBOULLET (Jean). V. *Guillain.*
LERICHE (René). Chirurgie des parathyroïdes, 283.
LEULIER (M.), PICARD (J.) et CASALIS (B.). Troubles colibacillaires au cours des accès dépressifs, 525.
LÉVI-BIANCHINI (M.) et NARDI (J.). Malariathérapie des psychoses non luétiques, 281.
LEVIN (Max.). Hallucinations auditives sans psychose dans l'enfance, 110.
LÉVY. V. *Wertheimer.*
LÉVY (Milford). V. *Morrison.*
LÉVY-VALENSI, JUSTIN-BESANÇON, CUEL et LEBLANC. Paraplégie flasque foudroyante. Méningiome spinal, 242.
LEY (A.). Spasme de torsion avec rémissions, 760.
LEY (J.). V. *Baonville.*
—. V. *Vermeylen.*
—. V. *Dujardin.*
LHERMITTE (J.), MASSARY (J. de) et TRELLES (J.-O.). Myoclonies rythmées du voile du palais, des lèvres et du larynx.
— et TRELLES (J.-O.). La neurolymphomatose périphérique, 243.
— et AMAN-JEAN (F.). Embolie gazeuse cérébrale à répétition, avec hémiplégie récidivante, 537.
—. L'hallucinatino pédonculaire, 570.
—, MOLLARET (P.) et TRELLES. Les lésions cérébelleuses et ganglionnaires dans la maladie de Friedreich, 750.
LIBER (A.). V. *Pichard.*
—. V. *Courtois.*
LIEBERS (M.). Presbyophrénie et artériosclérose cérébrale, 772.
LIMDEMANN (Erich). Modifications psychologiques sous l'influence de l'amytal sodique, 112.
LOEWENSTEIN (R.) et PARCHEMINEY (G.). La conception psychanalytique de l'hystérie, 598.
LOISEL (G.). V. *Puech.*
LÓPEZ ALBO (W). Paralysie post-sérique, 267.
—. Coccidiose encéphalitique, 585.
LOVELL (H.-W.). V. *Allen.*
LUND (R). Pression du liquide céphalorachidien dans les cas d'inflammation intracranienne, 779.

M

MACERA (José-M.) et PEREYRA-KAFER (José). Encéphalite aiguë, 583.
MAÏER (W.). Le problème des hallucinations, 565.

MAKOTO-SAITO. Sur la neurographie, 102.
MALAMUD (Wn.) et PALMER (C.). Rôle de la masturbation dans l'étiologie des troubles mentaux, 117.
MALE (P.). La genèse des troubles du caractère chez l'enfant, 768.
MALLET (Raymond). *Discussion,* 65.
—. L'obsession, 432.
MALLING (K.). Symptômes neurologiques des traumatismes craniens, 778.
MARCHAND (L.), DESCHAMPS (Mlle) et TRUCHE (Mlle). Epilepsie traumatique. Crises hallucinatiores et accès d'automatisme ambulatoire, 40.
—, DESCHAMPS (Mlle) et TRUCHE (Mlle). Epilepsie psychique; délire d'influence explicatif, 43.
—. *Discussion,* 50, 54, 233, 685, 693, 327, 749.
—. L'automatisme ambulatoire épileptique, 609.
—, et COURTOIS (A.). Delirium tremens; pneumonie ; méningite secondaire, 694.
— et PICHARD (H.). Syndrome de Parkinson post-encéphalitique ; destruction du locus niger, 716.
MARINESCO (G.), SAGU et KREINDLER. Décérébration supra-thalamique. Réflexes conditionnels et innés, 104.
— et NICOLESCO (Mlle Marie). Amnésie hystérique rétrograde, 594.
MARTEL (de). Méningiome de l'hémisphère gauche, 753.
—, MONTBRUN et GUILLAUME (J.). Ophtalmologie et Neuro-Chirurgie, 777.
MARTIMOR (E.) et BRZEZINSKI (J.). Intoxication digitalique et troubles mentaux, 90.
MARTIN (P.). Glioblastome pariétal droit ; intérêt de la ventriculographie, 106.
— et HEERNU (J.). Endothéliome préfrontal droit, 106.
—. Tumeur cérébrale, 416.
MARTINENGO (V.). Les globulines du sérum sanguin dans les maladies mentales, 273.
MASJILLO. V. *Ammossor.*
MASPES (Paolo Emilio). Syndrome narcoleptique et onirique d'origine diencéphalique, 580.
MASQUIN (Pierre). V. *Claude.*
MASSARY (J. de). V. *Lhermitte.*
MASSION-VERNIORY (L.). V. *Busscher.*
MAURIAC (Pierre). Troubles neuro-endocriniens et diabète, 278.
MAZEL. Le délirium tremens traumatique, 94.
MEDEA. La réaction pupillaire paradoxale, 104.
—. Le diagnostic différentiel entre méningite séreuse et tumeur cérébrale, 404.
MELISSINOS. La loi belge à l'égard des anormaux et des déséquilibrés, 100.
MENNINGER (E.). Prophylaxie de l'influence aggravante de la menstruation sur les psychoses et la tuberculose pulmonaire, 117.
—. Une hallucination de Gœthe, 769.
MEYER. Le repérage ventriculaire chez le nourrisson et l'enfant, 410.
MICHAUX (Léon) et HESSE (Jean). Maladie de Paget à détermination exclusivement cranienne, 242.
—. V. *Guillain.*
MIGNOT (R.). *Discussion,* 239.
MILICUA (J. M.). Réflexe oculo-cardiaque, 581.
MILLAN (Duncan Mac). Le Nembutal dans la clientèle mentale hospitalière, 280.
MINKOWSKI. Les troubles neuro-végétatifs après les traumatismes craniens, 104.
—. L'aphasie élective des polyglottes, 104.
—. Méningite post-traumatique guérie par ponction lombaire, 405.
—. La place de la neurologie dans l'enseignement de la médecine, 434.
—. Le problème des hallucinations et le problème de l'espace, 769.
MIRA (E.). Pathogénie du syndrome de dépersonnalisation, 770.
MOLLARET (Pierre). Cas sporadique de syndrome de Roussy-Gabrielle Lévy, 243.
—. V. *Guillain.*
—. V. *Lhermitte.*
MONIER-VINARD et PETIT-DUTAILLIS. Epidurite au cours d'une méningite cérébro-spinale, 406.
MONIZ (Egas), ALVES (Abel) et ALMEIDA (Fernando de). La visibilité des sinus de la dure-mère par l'épreuve encéphalographique, 265.
MONTBRUN. V. *Martel.*
MONTEJO (S.). V. *Pascual.*
MONTET (de). L'hallucination et le réel, 571.
MOORE (M.-T.), NATHAN (D.), ELLIOT (A.-R.) et LAUBACH (Ch.). Etudes encéphalographiques dans la schizophrénie, 774.
MOREAU. Hyperotose frontale interne, 415.
—. V. *Divry.*
MOREL (F.). Les hallucinations visuelles du delirium tremens, 257.
—. Les hallucinations auditives verbales, 570.
MORGENTHALER (W.). La psychologie du transfert, 598.
MORRISON (Samuel) et LÉVY (Milford). Le facteur thyroïdien dans la paralysie familiale périodique, 276.

MORSIER (G. de). Le syndrome hallucinatoire ; le type mystique, 570.
MOTT (F.-W.). Relations entre les traumatismes craniens et les maladies mentales et nerveuses, 772

N

NACHT (S.). Traitements psychanalytiques suivis de guérison rapide, 263.
NARDI (J.). V. *Bianchini.*
NATHAN (D.). V. *Moore.*
NELSON (E.). L'évolution du tribunal des mineurs, 286.
NEUBERGER (L.). Physiopathologie de l'émotivité, 581.
NÈVE. Paranoïa, 560.
NICAUD (P.). La spirochétose méningée pure, 114.
NICEFORO (Alfredo). Transformations des instincts profonds et autoconsolations, 262.
NICOL (W. D.). Malariathérapie dans la paralysie générale, 281.
NICOLAU (S.). V. *Cruveilhier.*
NICOLESCO (Mlle Marie). V. *Marinesco.*
NIETO (D.). V. *Sanchis Banús.*
NOBLE (Ralph A.). La place de la psychiatrie dans l'éducation médicale, 116.
NYSSEN (R.) et BOGAERT (L. van). Type familial de dégénérescence optico-cochléo-dentelée, 752.

O

OBARRIO (J.), SAGRERAS (P.-O.) et PETRE (A.-J.). Mélancolie délirante d'allure chronique. Syndrome de Cotard guéri, 770.
ODEGAARD (Ornulv). Emigration et Folie, 574.
ODOBESCO (G.-I.) et VASILESCO (H.). Schizophrénie et neurosyphilis, 652.
—. Les rapports entre la psychologie et la psychiatrie, 766.
OLIVIER (A.). V. *Pascual.*
OLIVIER (H. R.). V. *Claude.*
ORLANDO (Roque) et KUHN (Miguel J.). Epilepsie avec symptômes en foyer et tumeur cérébrale sans hypertension, 589.
—. V. *Silva.*
ORTIZ (Manuel). Points de vue de Henry Head sur les Aphasies, 591.

P

PAINE (Alfred-L.). V. *Palmer.*
PALMER (C.). V. *Malamud.*
PALMER (Harold D.) et PAINE (Alfred). Thérapeutique des psychoses par la narcose prolongée, 279.
PARCHEMINEY (G.). V. *Loewenstein.*
PASCUAL (E.-Olivier), MONTEJO (S.), GALAN (J.) et OLIVIER (A.). Le métabolisme pigmentaire dans l'hypothyroïdisme incipiens, 274.
PASQUALINI (R.) et BRUNELLI (P.). Le liquide céphalo-rachidien des démences précoces, 272.
PATERSON (A.-S.). La loi dite d'anticipation dans les maladies mentales, 769.
PAULIAN (D.) et TURNESCO (D.). Les arachnoïdites spinales chroniques, 764.
PAULY (Robert). La maladie de Heine-Medin de l'adulte, 251.
PAVIA. Un signe d'hypertension intracranienne (tonoscopie de Bailliart) à travers la cinématographie, 102.
— et REPETTO. Paralysie du releveur avec œdème de la papille, amélioration par radiothérapie profonde, 404.
PAVLOW (J.). Essai d'interprétation physiologique de l'hystérie, 592.
PENFIELD (Wilder). Tumeurs des enveloppes du système nerveux, 265.
PENNACCHI (Fabio). Epilepsie et syndromes schizophréniques, 109.
PENNACHIETTI (Mario). Idiotie mongolienne et hyperthyroïdisme, 275.
PERAITA (M.). V. *Salas.*
PEREYRA KAFER (José). V. *Macera.*
PÉRON (Noël). L'hystérie dans la neurologie contemporaine, 592.
PERPINA ROBERT (B.). L'hypertonie de certaines intoxications des centres extrapyramidaux, 113.
PETIT (Gabriel). Curiethérapie des psychoses, 279.
PETIT (Georges). Excitation maniaque et paranoïa, 1.
—. *Discussion,* 65.
—. Ambivalence et homosexualité dans la manie, virilisme maniaque, 70.
—. Régression juvénile, inversion sexuelle par hyperendocrinie dans la manie et cyclothymie, 289.
PETIT-DUTAILLIS (D.). Traitement chirurgical des méningites séreuses, 401.
—. V. *Monier-Vinard.*
—. V. *Guillain.*
—. V. *Baudouin.*
PETRE (A. J.). V. *Obarrio.*
PICARD (J.). V. *Leulier.*
PICHARD (H.) et LIBER (A.). Dyslogie dans la chorée de Huntington. La démence choréique, 74.
—. V. *Courtois.*
—. V. *Marchand.*
PICKWORTH (F. A.). Rapports entre affections des sinus et maladies mentales, 111.

—. Pathologie des sinus de la face et troubles mentaux, 258.
PIERRET (R.). V. *Dumont.*
PIÉTRI. Les expertises médico-légales et les médecins experts, 101.
PIGHINI (Giacomo). L'hormone antéhypophysaire dans le tuber et le 3e ventricule, 276.
PILCZ. Artériosclérose cérébrale et service du front, 257.
PINCZEWSKI (J.). Epilepsie avec claudication intermittente ; troubles végétatifs, 588.
PINES (Ilja). Innervation spinale des glandes sexuelles femelles, 277.
— et SKIARTSCHACK. Tumeurs du lobe frontal, 590.
PINERO (H. M.). Paralysie générale à évolution aiguë, 776.
PLATTNER-HEBERLEIN (F.). Personnalité et psychoses des schizophrènes pykniques et asthéniques, 434.
PONS-BALMES (J.). V. *Rodríguez-Arias.*
POPA RADU (C.). Hypomanie avec délire d'imagination, 385.
POROT (A.). Délire aigu scarlatineux. Les encéphalites post-infectieuses, 85.
POUMEAU-DELILLE (G.). V. *Baruk.*
POURSINE (Y.). V. *Roger.*
POWER (T. D.). Pyrétothérapie, 282.
PRENGOWSKI (Pierre). Une forme spéciale de troubles de l'association des idées, 312.
PRINCE-FOWLER (E.). Variété du syndrome d'Avellis produite par un polype angiomateux de l'oreille, 777.
PRUSSAK (L.). Tumeur de l'hypophyse à évolution insolite, 276.
PUECH (Pierre). V. *Vincent.*
— et LOISEL (G.). Méningiome de la petite aile du sphénoïde, 753.

Q

QUERO (Robert). Franz Liszt ; étude psycho-pathologique, 578.

R

RADU (Denis). Le syndrome de Korsakoff aigu, 577.
RAPPOPORT (Mlle F.). V. *Vincent.*
RAVIART. *Discussion,* 361, 369.
RAVINA (A.). L'année thérapeutique, 254.
—. Lésions des nerfs périphériques consécutives aux injections intraveineuses, 268.
—. Rapports des ulcérations gastriques avec les altérations du système nerveux central, 586.
REMLINGER (P.). Les accidents paralytiques du traitement antirabique, 267.
REPETTE. V. *Pavia.*
REUSENS. V. *Bogaert.*
RIBEIRO (L.). Un cas de grand sadisme, 754.
RICKMAN (John). V. *Good.*
RIMBAUD (L.). Précis de Neurologie, 250.
— et JAMBON (M.). Le syndrome encéphalo-méningé de la neuro-mélitococcie, 583.
RIVERS (T. M.). Relations des virus filtrants avec les maladies du système nerveux, 780.
RIVOIRE (R.). Acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, 252.
RIZZO (G.). Rapports entre les pressions liquidienne et sanguine, 404.
ROBALINHO CAVALCANTI (Luiz). Palilalie, 582.
ROBIN (Gilbert). La fatigue intellectuelle chez l'enfant, 117.
—. Les frontières de la schizophrénie et de la démence précoce, 774.
RODRIGUEZ-ARIAS (B.) et PONS-BALMES (J.). La pyrétothérapie en neuropsychiatrie, 765.
ROGER (G.-H.) et BINET (L.). Traité de physiologie normale et pathologique, 762.
ROGER (H.), ARNAUD (M.), POURSINE (Y.) et ALLIEZ (J.). Kyste intradural communiquant avec le liquide céphalo-rachidien, 103.
— et ALLIEZ. Arachnoïdite spinale, 405.
ROUBINOVITCH (J.). *Discussion,* 364, 368.
—. Démence précoce et tuberculose, 775.
ROUDINESCO (Mme). V. *Heuyer.*
ROUQUIER (A.). Mécanisme psychophysiologique de l'aphasie pithiatique, 594.
RUFFIN (Hanno). Recherches chronaximétriques sur les voies optique et de la sensibilité, 580.
RUYER (R.). Un « modèle mécanique » de la conscience, 260.

S

SAGRERAS (P. O.). V. *Obarrio.*
SAGU. V. *Marinesco.*
SALA GINABREDA (J. M.). L'encéphalographie chez l'enfant, 435.
SALAS (José). Psychodiagnostic de Rorschach dans la schizophrénie, 110.

— et PERAITA (M.). Relations des protéines du liquide céphalo-rachidien, 780.
SAMI. V. *Thabaud.*
SAMPAIO (Eurico). Méthodes psychologiques en médecine légale psychiatrique, 430.
SANCHIS BANÚS (J.) et NIETO (D.). Contribution casuistique à l'étude des psychoses gémellaires, 432.
SANDRI (P.). V. *Bianchini.*
SANO. Le traitement de la schizophrénie, 415.
SANTENOISE (A.) et LECULIER (P.). Un jugement de divorce d'un aliéné interné, 656.
SARROUY (Ch.). V. *Gillot.*
SATTI. V. *Thabaud.*
SAUDEK (R.) et SEEMAN (E.). L'écriture de jumeaux univitellins élevés séparément, 597.
SAUSSURE (R. de). Les délinquants psychopathes, 283.
SAUVAGE. V. *Baruk.*
SCHAEFFER (Henri). Paralysie faciale périphérique et sclérose en plaques, 557.
—. Méningo-encéphalite grippale, 583.
SCHIFF. *Discussion,* 708.
SCHMITE (Paul). Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens par tumeur de la base du crâne, 559.
SCHNEIDER (Kurt). Psychologie et psychopathologie des processus pulsionnels et volontaires, 596.
SCHOU (H. I.). Trauma capitis et épilepsie, 588.
SCHRÖDER et WINTHER (Knud). Ventriculographie, 411.
SCHWOB (R. A.). V. *Garcin.*
SEEMAN (E.). V. *Saudek.*
SERIJSKI (M.) et TOPSTEIN (R.). Pathochimie du cerveau. I. Paralysie générale, 275.
SÉZARY (A.). Le traitement de la syphilis, 429.
SICARD. V. *Baruk.*
SIGWALD. V. *Guillain.*
SILVA (R. B.) et ORLANDO (R.). Troubles du langage dans une paralysie générale simulant la schizophrénie, 776.
SIMON (Clément). La glossodynie, algie sympathique, 581.
SIMON (Th.). *Discussion,* 71, 73.
SIVADON (Paul). L'encéphalite psychosique post-puerpérale, 248.
SKIARTSCHACK. V. *Pines.*
SOLLIER et DRABS. Le problème des aptitudes, 258.
SOSSET (M.). Recherches sur les troubles de la mémoire, 13, 129.
SOULIÉ (P.). V. *Labbé.*
SSUCHAREWA (G.). Evolution des schizophrénies de l'enfance, 773.
STAEHELIN (I. E.). Thérapeutique somatique des psychoses graves, 280.
STANESCO (P.). V. *Vasiliu.*
STEBLOW (E. M.). Classification des formes d'épilepsie, 588.
STEKEL (Wilhelm). L'évolution des méthodes et les dangers de la psychanalyse, 597.
STERLING (M. Wl.). Pathologie du caractère et sécrétions internes, 277.
STERTZ (G.). L'épilepsie idiopathique, 587.
STÖMGREN (E.). Type constitutionnel et arc sénile, 112.
STRAUSS (Israël), GLOBUS (Joseph H.) et GUNSBURG (Solomon W.). Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée, 114.
SUSMANN GALANT (I.). Le réflexe du museau chez l'homme, 113.
SWIERCZEK (St.) et KAISEROWNA (St.). Traitement de l'épilepsie, 282.

T

THABAUD (J.), SAMI et SATTI, et HOSNI SABAH. L'hystérie dans le proche-Orient, 432.
TARGOWLA (R.). Tuberculose et troubles mentaux, 775.
TASSOVATZ. Evolution cytologique de quelques méningites séreuses chez l'enfant, 405.
TAUBER (C. G.). Les hallucinations dans les schizophrénies en voie de guérison, 570.
TAYLOR (A. L.). V. *Barton White.*
THÉVENARD (A.). V. *Garcin.*
THOMAS (André-). Gliome kystique de la protubérance chez un achondroplase, 559.
THUREL (R.). V. *Guillain.*
—. V. *Alajouanine.*
TINEL (J.). Psychose périodique et polynévrite, 58.
—, ECK et ECK (Mme M.). Toxines urinaires et catatonine de de Jong, 710.
TITÉCA (J.). V. *Baonville.*
—. V. *Vermeylen.*
—. Physiologie de la dégénérescence wallérienne, 777.
—. V. *Dujardin.*
TOPSTEIN (R.). V. *Serijski.*
TRAN-MINH-PHUONG. V. *Hyvert.*
TRELLES (J.-O.). V. *Lhermitte.*
—. V. *André.*
TRUBERT (E.). V. *Baruk.*
TRUCHE (Mlle Charlotte). V. *Marchand.*
—. Les modifications biologiques dans l'alcoolisme, 248.

TSCHALISSOW (A.). Teneur en « lactacidogène » de l'écorce cérébrale des schizophrènes, 778.
TURNESCO (D.). V. *Paulian.*
TUSQUES (Jean). Histologie du délire aigu, 482.

U

UTTL (Karel). V. *Dosuzkov.*

V

VANDENBRANDEN (J.) et DAGNÉLIE (J.). Lésions vestibulaires périphériques et centrales ; diagnostic différentiel, 416.
VASILESCO (H.). V. *Odobesco.*
VASILIU (T.) et STANESCO (J.). La réversibilité des épiphénomènes alcooliques, 100.
VERLAINE (M.-L.). L'instinct et l'intelligence chez les hyménoptères, 261.
VERMEYLEN (G.). Psychopathies à la suite de traumas craniens chez l'enfant, 414.
— et HEERNU. Paralysie générale tardive, 560.
— et FONTAINE (Ch.). Troubles psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés, 757.
—, BAONVILLE (H.), HEERNU (J.), LEY (J.) et TITECA (J.). Démence progressive chez un sujet jeune, 758.
VERVAECK (L.). La notion médico-légale du déséquilibre mental, 561.
—. La libération des criminels anormaux internés par mesure de défense sociale, 603.
VESSIE (P. R.). Transmission de la chorée de Huntington pendant 300 ans, 587.
VILLARET (M.), BESANÇON (L. Justin-) et CACHERA (René). Troubles vasculaires périphériques dans les perturbations de la sécrétion ovarienne, 277.
VILLARTA (Carmera) et CULEBRAS (A.). La contraction catatonique de Kohnstamm, 435.
VINCENT (Cl.) et BOGAERT (L. van). Maladie d'Hallervorden-Spats, 103.
—, DAVID (Marcel) et PUECH (Pierre). Sur la ventriculographie, 406.
—, RAPPOPORT (Mlle F.) et BERDER (H.). Sur l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, 408.
—, HEUYER (G.) et VOGT (Mlle Claire). Tubercule pariéto-occipital opéré depuis 3 ans, 558.
VINCHON (J.) et BOURGEOIS (P.). Traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine, 279.
VITEK (Jiri). Décompression et évacuation de la cavité syringomyélique, 264.
VOGT (Mlle Claire). V. *Vincent.*
—. V. *Heuyer.*

W

WAHL (R.). V. *Faure-Beaulieu.*
WALLON (Henri). La conscience de soi dans la première enfance, 260.
WARNER (Georges-L.). Pyromanie, 603.
WEISSENBERG (E.). V. *Hoff.*
WELTI (H.). V. *Chavany.*
WERTHAM (Frédéric). Non-spécificité des lésions histologiques de la démence paralytique, 600.
WERTHEIMER. V. *Froment.*
—, FONTAINE et DECHAUME. Hydrocéphalie interne traumatique expérimentale, 411.
—, FONTAINE, LÉVY et DECHAUME. Encéphalographie expérimentale chez le chien, 411.
WEYN (Rémy). V. *Bogaert.*
WINKELMAN (N. W.) et ECKEL (John L.). Méningo-encéphalite rhumatismale non-suppurée, 584.
WINTHER (Knud). La méningite séreuse d'origine encéphalique, 405.
—. V. *Schröder.*
—. Modification dans la pression intracranienne, 779.
WOLF (M.). Méningite séreuse consécutive à une sinusite maxillaire, 265.
WORMS (Robert). V. *Lemaire.*
WYRSCH (J.). Des hallucinations schizophréniques, 570.

Z

ZAITZEW (A. A.). Thérapeutique hématoplacentaire des psychoses, 82.
ZEINER-HENRIKSEN. Troubles sensitifs apoplectiformes, 114.
ZIMMERMANN (H. M.) et FINLEY (Knox). Hypoplasie congénitale du tractus olivo-ponto-cérébelleux, 270.
ZUCKER (K.). Sensibilité et représentations sensibles dans les encéphalites chroniques, 582.

Tome II. — N° 1 Juin 1933

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

EXCITATION MANIAQUE ET PARANOIA

PAR

G. PETIT

Depuis Campagne (1), les rapports entre les états maniaques et dépressifs, d'une part, et la paranoïa (en particulier la paranoïa quérulante), d'autre part, ont fait l'objet de maintes études. On connaît bien, sur ce sujet, les travaux de Specht, Bleuler, Anglade, Séglas, Sérieux et Capgras, Dupré, A. Delmas, Laignel-Lavastine, G. de Clérambault, Bessière, et de tant d'autres auteurs que nous nous excusons de ne pouvoir citer et dont on trouvera l'effort, admirablement résumé, dans la remarquable et si originale thèse de Jacques Lacan : *De la Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité.*

Au milieu de ce vaste sujet, nous voudrions seulement indiquer, à la lumière de simples observations, quelques particularités psycho-cliniques qui nous paraissent éclairer d'un jour nouveau, — en en indiquant les analogies et le mécanisme, — certaines phases évolutives des états paranoïaques quérulants et

(1) Campagne. — *Traité de la manie raisonnante,* Paris, 1869.

des syndromes d'excitation maniaque de la psychose périodique et de la cyclothymie :

a) La brusque disparition de certaines « constitutions » paranoïaques, dont la « rigidité » théorique s'éclipse dès que tombe l'excitation ; l'existence d'une phase fréquente de réactions paranoïaques quérulantes et perverses, accompagnée de troubles énormes du jugement (*phase paranoïaque et dysphronique*) au début ou au décours des grands accès maniaques de la psychose périodique ; l'analogie clinique de cette phase avec certaines périodes de la vie de cyclothymiques non internés : tels sont les faits cliniques incontestables, dont la notion semble, à notre connaissance, assez inédite.

b) De même la *dissimulation utilitaire* de l'excitation, non seulement chez les cyclothymiques ou les paranoïaques, mais dans la grande agitation maniaque elle-même, constitue — comme les faits précédents — une notion dont l'intérêt clinique ne le cède qu'à l'importance sociale et médico-légale.

c) L'analyse de ces particularités cliniques nous paraît également pouvoir rendre compte du mécanisme psychogénique commun, qui, si fréquemment, conjugue et réunit, dans un même tableau clinique, excitation psychique et réactions paranoïaques. L'analogie de ces syndromes psycho-cliniques avec les états psycho-organiques de l'adolescence (*régression héboïde* dans l'hypomanie) ou de l'enfance (*régression pédoïde* dans la manie) semble traduire un substratum organique commun, conditionné lui-même par une *exaltation des fonctions endocriniennes.*

d) De là, sans doute, la fréquence chez nos malades, des modifications du comportement sexuel (*ambivalence sexuelle* ou *homosexualité temporaire des périodiques et des cyclothymiques, virilisme des femmes atteintes de manie*), qui s'apparentent à la régression vers l'*homosexualité,* si bien observée par les psychanalystes chez les *paranoïaques.*

⁂

A. — *Paranoïa et cyclothymie. La phase paranoïaque et dysphronique des accès maniaques. Importance sociale et médico-légale.*

Obs. I (très résumée). — A 40 ans, après 22 ans de mariage, Mme A. tire sur son mari deux coups de revolver. Depuis plusieurs mois,

elle avait intenté contre lui une instance en divorce et l'accablait de réclamations au sujet de l'attribution d'acquêts.

A l'instruction les propos qu'elle articule pour se défendre paraissent si véhéments, à la prison elle se montre si autoritaire et si agressive, qu'un expert est commis. Il conclut à l'irresponsabilité totale de la prévenue, celle-ci présentant un état de folie lucide ou raisonnante, avec orgueil pathologique, subexcitation continue, idée prévalente de préjudice polarisée sur la personne de son mari, haine morbide à l'égard de celui-ci, aveu orgueilleux de son intention vengeresse et satisfaction d'un acte qu'elle a accompli, dit-elle, par devoir et amour de la justice. Car elle oppose à la bassesse d'âme de son mari — à qui elle reproche compendieusement tous les défauts et tous les vices (1), — ses propres qualités de femme d'élite, sa moralité supérieure, sa charité, sa philanthropie, son énergie communicative, son « scrupuleux esprit de justice », etc...

En fait, les renseignements recueillis sur cette malade indiquent que, depuis sa jeunesse (2), elle s'est toujours comportée en paranoïaque autoritaire et processive, tyrannisant son mari et intentant à ses locataires plus de 200 procès ! Ajoutons qu'elle avait entrepris de guider et de morigéner une sœur plus jeune, laquelle se serait suicidée à la suite des violents reproches qu'elle lui avait infligés à propos d'une insignifiante amourette.

A la Maison spéciale de Santé où elle est admise en juin 1928, Mme A. se révèle en effet comme une paranoïaque quérulante et hypersthénique, consciente de ses droits et ardente à les défendre. Elle proteste véhémentement contre sa séquestration, écrit longuement aux autorités, prend un avocat, réclame une contre-expertise, impressionnant — par sa lucidité et par son ardeur quérulante — non seulement un groupe de parents et d'amis, mais encore un fonctionnaire administratif supérieur qui incline dans le sens de ses revendications. Dans le service, Mme A. essaye d'imposer à tous ses tendances dominatrices et elle se manifeste aussi autoritaire et aussi exigeante à l'égard des infirmières (qui doivent lui accorder faveurs et soins particuliers), que de certaines malades, à qui, sous le prétexte de leur rendre service, elle inflige directives et obligations.

Cette hypersthénie dominatrice et revendicatrice s'accompagnait d'un certain degré d'excitation intellectuelle, avec euphorie, aisance, propos ou écrits faciles et souvent caustiques ou malveillants. Le jugement s'avèrait profondément troublé, non seulement en ce qui concernait l'auto-critique personnelle ou les faits touchant son affaire, mais encore sur nombre de sujets d'ordre général, où la malade mani-

(1) Voir une lettre de la malade tout à fait caractéristique à ce point de vue, in *Thèse de J. Lacan,* Paranoïa et personnalité, pages 345 et 346.

(2) La mère de la malade, avare, moralisante et processive, serait également extrêmement impérieuse.

festait une crédulité tout à fait puérile basée sur des raisonnements simplistes et peu judicieux.

Tel demeura l'état de Mme A. pendant plusieurs mois. Son ardeur combative s'apaisait à peine certains jours où la malade accusait des troubles cœnesthésiques divers, avec « besoin d'air », lassitude vague, désir de repos. Ces jours-là, elle persistait néanmoins dans ses idées de justicière, déclarant qu'elle avait toujours agi par devoir et n'avait rien à se reprocher.

Mais, en novembre 1928, quatre mois après son entrée dans notre service, nous sommes frappés, un matin, par le changement vraiment singulier de son comportement et de ses réactions. Elle parle d'une voix dolente et nous déclare que, depuis quelques jours, elle se sent triste, elle a des crises de larmes en pensant à l'acte qu'elle a commis... Certes, elle a accompli cet acte par devoir et cependant elle le regrette profondément ; elle avoue aimer encore son mari, elle désire le voir, et comprenant cette impossibilité, elle déclare que sa mort serait la seule solution.

Mais cette *éclipse subite de l'hypertonie et de la quérulance paranoïaques* dure seulement quelques jours et rapidement la malade se manifeste à nouveau autoritaire et agressive : « Je ne peux pas supporter, nous dit-elle, l'idée d'avoir tort. » Et elle se met à écrire une lettre injurieuse et ironique à son mari, réclame à nouveau plus ardemment sa sortie, se plaignant que les infirmières — « achetées » probablement par son mari, comme l'ont été déjà les médecins — agissent à son égard de façon sournoise, etc...

Néanmoins, nous notons à nouveau, en février 1929, coïncidant avec une période cataméniale, une nouvelle période durant laquelle la malade, à nouveau déprimée, pleure et parle presque affectueusement de son mari. « Mon cerveau me fait penser que mon mari était un méchant homme, nous dit-elle, mais mon cœur m'incline à penser qu'il est bien. » Sa conviction en sa bonne cause et en son droit paraît même ébranlée: « J'ai toujours cru agir pour la justice..., mais si on me démontrait que je me suis trompée, je ne demanderais pas mieux. » Et elle écrit à son mari une lettre affectueuse pour lui proposer une réconciliation.

Mais peu à peu son tonus remonte : « Si elle a tiré sur son mari, c'est tout de même qu'il l'avait poussée à bout... il faut qu'il le reconnaisse. » Et à nouveau, avec verve et ironie, prolixité et causticité, elle reprend le cycle de sa quérulance, à peine atténuée durant quelques jours au moment de ses périodes menstruelles, mais avec des paroxysmes d'excitation, quelques jours après, où elle déclare qu'elle est l'honneur, la probité, la loyauté incarnée, etc... « A l'âge de 4 ans, j'avais déjà la passion de la justice », ajoute-t-elle.

En octobre 1929, nous observons à nouveau une nouvelle éclipse temporaire des croyances et réactions paranoïaques habituelles, suivie également d'une nouvelle réactivation. Et depuis cette époque,

mais assez rarement, et seulement à des intervalles de 6 à 9 mois environ, il nous a été permis de faire de pareilles constatations.

Ainsi, chez une paranoïaque quérulante typique, revendicatrice et processive, dont le délire de préjudice, nettement systématisé, paraît se développer classiquement depuis la jeunesse, nous avons pu observer — contrastant étrangement avec le comportement paranoïaque et les réactions autoritaires habituelles — de brusques *fléchissements de cette « rigidité » paranoïaque,* de subites *éclipses des convictions délirantes* avec modifications antagonistes des sentiments affectifs, et apparition de scrupules et de regrets. *Or, nous avons constaté que cette disparition rapide des croyances morbides et du comportement paranoïaque était toujours associée à un fléchissement parallèle de l'excitation intellectuelle, remplacée alors par un certain degré de dépression.* Et chaque fois que disparaissait ou s'atténuait l'excitation intellectuelle, à caractère si nettement hypomaniaque, tendances paranoïaques et revendicatrices disparaissaient ou s'atténuaient également.

Sans rien préjuger actuellement d'un mécanisme psychopathogénique que nous envisagerons ultérieurement, signalons cependant l'intérêt social et médico-légal de pareils faits. Nous n'insisterons pas sur la lucidité de la malade, laquelle, associée à l'excitation intellectuelle hypomaniaque, ne peut faire illusion qu'à un entourage peu averti.

En revanche, nous paraît plus importante cette notion — à notre connaissance encore inédite — de ces *brusques* et *rares ictus dépressifs,* survenant parfois au cours des psychoses paranoïaques quérulantes (qui s'accompagnent, on le sait, si fréquemment d'excitation hypomaniaque) et durant lesquels s'éclipse temporairement la classique « rigidité » paranoïaque avec ses convictions inébranlables et son autoritarisme irréductible. Avec la disparition de l'hypertonie hypomaniaque s'effondre brusquement l'habituel *impérialisme idéo-affectif ;* et le guerrier sans cesse alerté, le combattant victorieux d'une lutte à outrance pour la justice et pour le droit fait soudain figure singulière de vaincu humble et repentant.

On conçoit qu'une expertise médico-légale, pratiquée au cours d'une de ces étranges, brusques et rares éclipses, aurait révélé un état psychologique bien différent de l'état paranoïaque et quérulant habituel. Et sans doute, l'expert, impressionné par les doutes, les regrets, les hésitations et les scrupules (si inhabituels chez cette catégorie de malades), aurait-il abouti alors à des

conclusions fort différentes au sujet de la responsabilité de notre malade.

⁂

De la notion de ces brusques ictus dépressifs des syndromes paranoïaques quérulants, nous voudrions rapprocher maintenant des faits identiques observés dans la cyclothymie.

Obs. II (très résumée). — M. B., 43 ans, est considéré, par la rumeur publique, comme un homme heureux. Toujours vif, alerte, gai et plaisant, il mène concurremment, avec une *inlassable activité,* la direction d'une affaire importante et la présidence de plusieurs sociétés sportives ou de préparation militaire qu'il préside et guide personnellement avec le dévouement le plus remarquable.

Tel est le beau côté de la façade. Mais l'autre côté, le médecin, presque seul averti, le connaît. Et ce ne fut point le malade lui-même qui l'éclaira.

Vers l'âge de 20 ans, M. B. a été atteint de méningite, suivie pendant quelques semaines de crises de narcolepsie. Puis les symptômes neurologiques disparurent. Mais M. B. devint d'une activité professionnelle et générale presque infatigable, saisissant toutes les occasions de se dépenser et de se dévouer, avec néanmoins une tendance manifeste à rechercher la présidence effective de sociétés de jeunes gens qu'il se plaît à diriger et à conseiller, en leur imposant toutefois ses directives. On nous a, d'autre part, conté que, derrière ce masque d'altruisme, quelque peu dominateur, M. B. se plaisait bien souvent à opposer d'une manière sournoise, mais souvent fort habile, — et sans en tirer d'ailleurs, de bénéfice matériel apparent, — des antagonismes rivaux, suscitant, avec une astuce remarquable (dissimulée sous les apparences de la plus parfaite bonhomie), des conflits souvent fort graves entre ses collaborateurs, ses collègues ou ses amis, et ne reculant pas devant les procédés les plus honteux (faux, lettres anonymes, espionnages) pour parvenir à ses fins perverses. Découvert plusieurs fois, malgré son habileté machiavélique, M. B. est considéré, par plusieurs de ses intimes victimes de ses agissements, comme un véritable *sadique moral.*

D'autre part, certains n'ignorent pas que M. B. — dont l'existence bourgeoise est par ailleurs apparemment impeccable, — manifeste une affection et une admiration toute particulière (et assez peu justifiée) à l'égard d'un de ses amis ; et l'on rapproche cette relation de ses propos souvent misogynes, de son dévouement à des associations de jeunes éphèbes, pour conclure à une *inversion sexuelle,* dont M. B., bien que marié, parait apporter quelques preuves.

Enfin, nous avons appris également que malgré son ardeur inlassable, son optimisme habituel et sa gaieté quasi constante, M. B. pré-

sentait parfois de *courtes périodes de dépression, qu'il dissimulait* soigneusement à son entourage et à sa propre femme, et dont il ne s'ouvrait qu'à un ami intime, à qui il allait confier, pendant ces brusques périodes dépressives, les armes dont il avait peur d'user contre lui-même.

Cette observation d'un incontestable cyclothymique, habituellement hypertonique, mais présentant cependant de *brusques ictus dépressifs,* qu'il dissimule soigneusement, nous paraît d'un égal intérêt au point de vue social et médico-légal. De tels ictus apparaissant chez des individus considérés à tort comme des hypertoniques ou des hyperthymiques constants peuvent expliquer des suicides que l'entourage a toujours tendance à considérer comme inexplicables et immotivés.

Nous avons retrouvé les autres éléments psychologiques de cette observation (*activité de forme altruiste avec désir de domination, sadisme moral ou malveillance hypocrite, homosexualité parfois intermittente*) chez trois cyclothymiques hommes (dont deux étaient également *toxicomanes :* association fréquente avec la cyclothymie) et chez deux cyclothymiques femmes (toutes deux mariées, également homosexuelles pendant les phases d'hypertonie, et dont l'une, tyran de son ménage, organisait des campagnes féministes avec une ardeur remarquable).

Chez tous ces cyclothymiques, la phase d'excitation hypomaniaque ou d'hypertonie psychique s'accompagne de *troubles profonds du jugement et du raisonnement et de méconnaissance absolue de l'état morbide.*

Entre la psychose maniaque dépressive et la cyclothymie larvée, — qui aboutit d'ailleurs si fréquemment, avec l'âge, à cette psychose, — il existe tous les intermédiaires possibles et toutes les formes de transition. Et si chez nos cyclothymiques précédents, le comportement social se révélait quasi-normal, — derrière le masque hypocrite des convenances, — chez d'autres malades de cette catégorie, plus proches des périodiques, l'*appétit impulsif et insatiable d'action, le besoin de domination et d'agressivité,* associés aux troubles profonds du jugement et du raisonnement, les incitent à des actes inconsidérés (entreprises audacieuses et précaires, changement de profession ou de situation sociale, voyages inutiles, idées de divorce, etc...).

Au contraire, le jugement et l'auto-critique, la conscience de l'état pathologique (très rare chez les cyclothymiques à manifestations hypertoniques prédominantes) réapparaissent dans les périodes de dépression.

Obs. III (très résumée). — Une de nos malades, atteinte, depuis plusieurs années de cyclothymie alterne (succession d'une période d'hypomanie légère estivale à une période de dépression hivernale) présente, chaque fois qu'elle entre dans une période hypertonique, la même agressivité familiale, malveillante, avec idées absurdes de divorce, de changement de profession, voyages inutiles, achats et entreprises inconsidérées, etc., dont, malgré l'expérience, elle ne peut apprécier le caractère pathologique qu'au moment de sa période de dépression.

*
**

Or, des syndromes tout à fait identiques, avec troubles du jugement et exaltation des réactions paranoïaques malveillantes et agressives se rencontrent fréquemment à la phase de début ou au décours des accès paranoïaques typiques de la psychose périodique.

L'existence de cette phase, que nous proposons d'appeler la *phase paranoïaque et dysphronique* (φρονη, jugement) des accès maniaques, paraît assez méconnue. Nous allons en citer quelques exemples très résumés, en insistant seulement sur les caractères particuliers qui justifient nos remarques.

Obs. IV (très résumée). — M. C., 45 ans, a présenté depuis l'âge de 30 ans, plusieurs accès périodiques de type maniaque suivis immédiatement d'une courte phase de dépression.

Pendant la phase prémonitoire, d'une durée habituelle de six à huit semaines, qui précède l'accès maniaque, C. présente un comportement qui apparaît seulement *anormal par comparaison avec son état habituel :* Sobre d'ordinaire, il se met à fréquenter les cafés ; casanier, il voyage ; chaste célibataire, il devient coureur et ébauche des projets de mariage ; rentier paisible, il engage ses capitaux dans des entreprises aventureuses. Cette modification assez rapide de ses habitudes s'accomplit sans être accompagnée d'une excitation *apparente.* Mais l'hypertonie paranoïaque se trahit chaque fois par une hostilité subite et injustifiée qu'il manifeste à l'égard de certaines personnes de sa famille. Il porte soudain des accusations malveillantes contre les siens, proteste contre le jugement d'interdiction qui l'a frappé jadis, qu'il accepte sans récriminer pendant toute la période intercalaire, mais qu'il entreprend de faire réformer chaque fois qu'apparaît cette *phase d'hyperthymie paranoïaque prémonitoire de l'accès.*

Obs. V (très résumée). — Mlle D., 35 ans, que nous avons traitée déjà plusieurs fois pour des accès de type maniaque ou mélancolique, nous adresse, personnellement, quelques jours avant la récidive de

chacun des accès maniaques, une lettre de formule correcte, mais où elle nous reproche de l'avoir maintenue injustement séquestrée, alors qu'elle n'était pas aliénée, lors de son accès précédent. Lui ayant fait perdre de la sorte son emploi, l'ayant déconsidérée par cette séquestration arbitraire, nous lui devons une réparation et des dommages et intérêts, qu'elle sollicite d'ailleurs avec politesse et sans en fixer le montant.

Obs. VI (très résumée). — L'ex-capitaine E., 65 ans, présente depuis l'âge de 30 ans, des accès périodiques, puis circulaires, de type d'abord cyclothymique, puis maniaque dépressif.

Calme, docile et courtois pendant les périodes de dépression légère, il devient agressif, insolent et revendicateur les deux ou trois semaines qui précèdent et qui suivent chacun de ses accès maniaques.

Obs. VII (très résumée). — F., 62 ans, a présenté, depuis 1916, plusieurs accès périodiques de type maniaque ou mélancolique.

Interné pour un de ces accès maniaques à l'asile de X., et mis en liberté après guérison apparente, il entreprend contre le médecin-directeur de cet asile (qui le connaît personnellement et qui a multiplié à son égard toutes les faveurs et toutes les gentillesses), une campagne sournoise de diffamation par lettres anonymes, très habilement rédigées, qui entraînèrent pour ce médecin les plus graves ennuis.

F. ayant été interné pour un nouvel accès maniaque dans notre service, nous fûmes informés par notre collègue de ses réactions quérulantes. Aussi, attendîmes-nous plusieurs semaines après la disparition complète de tout signe d'excitation avant de lui accorder son exéat. Et, cependant, malgré le calme complet observé chez ce malade, malgré les protestations cordiales de gratitude et de reconnaissance, dont il nous accabla, avant son départ, nous fûmes à notre tour, l'objet d'une lettre anonyme dans laquelle, F. dénonçait fallacieusement les sévices graves dont il prétendait avoir été victime avec d'autres malades, de la part de nos infirmiers.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt social et médico-légal de la notion de cette *phase paranoïaque et dysphronique de début ou de terminaison des états maniaques.* Très fréquente, nous semble-t-il, elle explique nombre d'actes peu judicieux, nombre de réactions quérulantes ou malveillantes de ces malades, à une période où cependant l'*excitation intellectuelle, inapparente* par ailleurs, ne se manifeste que par cette activité impulsive, malveillante et souvent soigneusement *dissimulée.*

*
**

B. — *Dissimulation utilitaire de l'excitation psychique et réduction volontaire de l'agitation dans la manie. Importance sociale et médico-légale.*

Nous avons qualifié l'excitation psychique de nos malades *d'inapparente,* car nous estimons qu'il existe nombre de cyclothymiques, d'hypomaniaques et même de maniaques véritables qui sont capables de dissimuler volontairement et de réduire dans un but utilitaire une excitation intellectuelle et même une véritable agitation psycho-motrice.

Bien que la littérature ne nous ait fourni sur ce sujet qu'une observation d'A. Delmas (1), ces exemples de réduction volontaire de l'excitation maniaque ne sont pas rares.

Cette dissimulation est habituelle chez les cyclothymiques. Et certains nous ont avoué quelle énergie ils devaient déployer pour inhiber leur incessant besoin d'action et cette tendance quasi-invincible qu'ils ont à passer immédiatement et impatiemment de l'idée à l'acte. Alors que l'action est si douloureuse pour les asthéniques, ces malades sont obligés au contraire de faire *effort pour ne pas agir.* L'un d'eux, particulièrement cultivé, d'apparence pondérée, mais secrètement cyclothymique, nous avouait qu'il serait heureux de pouvoir libérer sans contrainte, à l'exemple des maniaques que nous lui montrions, tout le potentiel dynamique qu'il sentait en lui « bouillir sous pression », derrière son masque tranquille et qu'il aurait tant aimé pouvoir dépenser sans compter.

Cette dissimulation utilitaire de l'excitation est habituelle à la phase paranoïaque et dystrophique des accès maniaques dont nous avons donné plus haut quelques exemples. Aussi ne faut-il point s'étonner de la méconnaissance de l'état psychopathique de ces malades, non seulement par un entourage non éclairé, mais encore par des médecins et par des experts.

C. (de l'observation IV) présente, lors de la phase paranoïaque et dysphronique de ses accès maniaques, une telle maîtrise de lui-même, une telle *façade de correction et de tenue,* que sa famille, chaque fois, parvient difficilement à trouver un médecin qui consente à établir un certificat médical de placement.

A deux reprises, et après avoir commis des actes délictueux, il fut examiné par des experts psychiatres tout à fait compétents, qui, néanmoins, devant sa présentation correcte et ses allégа-

(1) A. Delmas. — Hypomanie légère avec absurdité des conceptions. *Soc. de psychiatrie,* 18 janvier 1923.

tions d'apparence judicieuse, conclurent à son entière responsabilité. Condamné sans sursis, il fit plusieurs jours de prison.

Pierre-Kahn (1), dans sa thèse sur la Cyclothymie, cite également le cas d'un de ses cyclothymiques méconnu par l'expertise et condamné.

Obs. VIII. — Le Docteur X. présente, à la période paranoïaque et dysphronique de chacun de ses accès maniaques estivaux, une malveillance particulière à l'égard de sa femme, qu'il brutalise, met à la porte de son logement, etc. Cependant, avec le transitivisme qui accompagne parfois ces états, il fait courir le bruit que sa femme présente des troubles mentaux. Et il expose cette opinion avec tant d'astuce et d'habileté à plusieurs médecins que ceux-ci prennent déjà leurs dispositions pour faire examiner et interner la malheureuse.

A. Delmas (*loc. cit.*) insiste, d'ailleurs, à propos de son malade d'apparence normale et de présentation tout à fait correcte, sur les problèmes d'ordre administratif (internement), légal (conseil judiciaire ou interdiction) et médico-légal (difficulté de faire comprendre et admettre l'irresponsabilité) que posent de tels malades.

Nous avons nous-même souvenance que sollicité par un confrère — qui refusait de prendre cette responsabilité — à l'effet de procéder à l'examen d'un maniaque encore à cette phase paranoïaque et dysphronique avec excitation inapparente, nous avouâmes notre impuissance à signaler, dans un certificat, les faits *objectifs* d'ordre psychopathique qu'une heure d'examen et de conversation avec le malade ne nous avait pas permis de révéler.

« Tout en dehors » est une formule répétée souvent pour caractériser l'état des maniaques. Formule que l'expérience quotidienne montre souvent erronée. Car ce pouvoir de frénation des manifestations apparentes de l'excitation psycho-motrice n'est point rare même chez les grands agités maniaques. Certes, il est d'ordinaire temporaire ; mais employé dans un but précis et utilitaire, il donne souvent des résultats impressionnants. Telle hypomaniaque bavarde et malveillante, insupportable et indocile, passée au pavillon des agitées, sait parfaitement réduire et réfréner ses réactions turbulentes, — et parfois pendant plusieurs jours entiers — en échange de la faveur qu'on lui accorde de réintégrer un pavillon plus calme.

(1) P. Kahn. — *La Cyclothymie*, 1 vol. Paris, 1909, pp. 237-238.

Nous avons actuellement, dans notre service, aux pavillons des agitées, trois grandes maniaques, déchireuses et barbouilleuses, qui parviennent presque instantanément à réduire complètement leur agitation psycho-motrice et s'efforcent de réparer le désordre de leur tenue, dès que leur est annoncée la visite de leur famille. Et devant ces réactions subites véritablement impressionnantes de retour au calme et à la tenue, nous avons quelque peine à convaincre les familles de l'intensité habituelle d'une agitation désordonnée, que les malades sont capables de réduire si vite et de maintenir aussi longuement réfrénée.

Nous n'avons pas besoin d'insister à nouveau sur l'importance sociale et médico-légale de cette dissimulation volontaire de l'excitation maniaque ou hypomaniaque, derrière une façade apparente de calme et de bonne tenue. L'hyperthymie se révèle alors seulement par des réactions paranoïaques quérulantes, agressives ou perverses et des troubles profonds du jugement que seule l'étude générale de l'activité sociale et du comportement habituel du malade est capable de révéler.

RECHERCHES
SUR LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

PAR

M. SOSSET (1)

On a souvent remarqué que les études expérimentales des troubles mnésiques qui se présentent dans des cas psycho-pathologiques, sont assez rares. Les psychologues se sont attachés bien davantage à noter le côté, en quelque sorte pittoresque, des amnésies, depuis surtout les études de Ribot qui les firent connaître du grand public : amnésies lacunaires, amnésies périodiques avec alternance de personnalités, ainsi que les différents cas d'amnésies antérogrades et rétrogrades survenant à la suite d'un accident, d'un choc émotif, etc... De plus, les observations des phénomènes de fausses reconnaissances, de paramnésies, d'ecmnésies, abondent dans la littérature médicale et psychologique.

Tout différent est le but des recherches que nous nous sommes proposé dans ce travail.

Nous désirons, avant tout, étudier de quelle manière se présentent les troubles affectant la mémoire, depuis les troubles légers, souvent même inaperçus, jusqu'aux amnésies les plus graves, et nous nous proposons de voir dans quelles circonstances, avec quelle fréquence, quelle rapidité, ils peuvent se produire et quelle est leur évolution.

C'est pourquoi l'étude des malades mentaux offre, par la variété des manifestations qu'elle présente, un matériel très riche pour ce genre de recherches.

De plus, nous ne croyons pas qu'il faille envisager les troubles

(1) Travail du Service Universitaire de psychiatrie de Bruxelles. (Professeur Aug. Ley ; Docteur Vermeylen, Chef de service).

Nous remercions vivement ici le Fonds National de la Recherche Scientifique, sous les auspices duquel ce travail a été fait et la Commission d'Assistance Publique de la Ville de Bruxelles qui nous a autorisé à fréquenter l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital Brugmann.

mnésiques isolément, comme s'ils se produisaient d'une manière, en quelque sorte, accidentelle et sans rapport avec l'ensemble de l'état psychique d'un sujet ; mais, au contraire, il faut voir s'ils ne sont pas en relation avec la perturbation d'une autre fonction intellectuelle : attention, raisonnement, jugement, observation, imagination.

Enfin, le terme « mémoire » ne désignant pas une faculté, ni même, une fonction unique, mais groupant des capacités psychologiques très diverses, nous désirons étudier séparément et comparer entre elles, puis à l'ensemble des fonctions intellectuelles, les différentes « formes » de mémoire : *évocation, fixation, reconnaissance, association.*

Nous avons donc choisi pour but de nos recherches l'examen des troubles de la mémoire qui se présentent dans différentes catégories de psychoses et nous les avons étudiés sous trois aspects auxquels correspondent les trois parties de ce travail :

1) L'attention et la mémoire.
2) Les différentes formes de mémoire.
3) La mémoire et l'intelligence.

1) *Attention et mémoire.* — Il a été maintes fois noté que le fonctionnement de la mémoire est en relations étroites avec la capacité d'attention du sujet : Daniels (1), Smith (2), Pillsbury (3), Nayrac (4), ont particulièrement insisté sur ce point. On ne peut évidemment nier qu'une condition préalable de la fixation d'une série d'impressions sensorielles, soit d'abord l'attention qu'on lui prête. Toutefois, il ne s'ensuit pas que dans leur fonctionnement aussi bien que dans leur évolution et leur désintégration, ces deux fonctions ne conservent pas une grande indépendance.

L'étude des cas pathologiques nous permet de mettre en évidence jusqu'à quel point elles peuvent être dissociées.

2) *Les différentes formes de mémoire.* — Les troubles de la mémoire se présentent parfois d'une manière élective, atteignant plus spécialement, soit la fixation des souvenirs, soit leur évocation, soit leur localisation, soit les associations habituelles ou logiques qui unissent les représentations. Ce fait a été maintes fois constaté dans la psychologie normale et on le trouve signalé

(1) The memory after image and attention. (*American Journal of Psychology*, t. VI, 1894).
(2) *The relation of attention to memory* (Mind IV, 1895).
(3) Pillsbury. — *Attention*, 1907.
(4) Nayrac. — *Physiologie et Psychologie de l'attention*, 1906.

dans de multiples observations éparses d'amnésies survenant à l'occasion des troubles mentaux. En dehors de l'intérêt que ces dissociations présentent en elles-mêmes, leur étude se trouve justifiée par leur rapport avec l'attention. (Le trouble de la mémoire d'évocation, par exemple, est parfois identifié avec une déficience de l' « attention à la vie », idée émise par Bergson et reprise récemment par le neurologiste Lhermitte (1), à la suite d'études anatomo-cliniques) ; d'autres dissociations peuvent révéler une emprise de l'automatisme mental ; d'autres, portant sur les formes logiques des associations, l'atteinte des fonctions intellectuelles supérieures.

3) Enfin, les études des désintégrations mentales fournissent des résultats, assez contradictoires à première vue, sur la question, souvent débattue, des *rapports de la mémoire et de l'intelligence.*

Toutefois, les observations se multiplient de profondes déficiences mnésiques, coexistant avec une intelligence restée intacte, tandis qu'il existe un certain nombre de faits révélant un fonctionnement de la mémoire très supérieur au manque d'évolution ou à la désintégration des fonctions intellectuelles.

La méthode

Comme nous désirions apprécier et comparer le degré des troubles mnésiques présentés par divers sujets, nous devions utiliser une méthode permettant de coter les résultats obtenus dans nos examens.

Des questions posées au hasard n'atteignent naturellement pas ce but. De plus, cette méthode devait nous fournir un moyen de mettre en rapport ces épreuves de mémoire avec les épreuves d'attention et d'intelligence, étalonnées d'après une base commune. Enfin, il était nécessaire de consigner les résultats obtenus pour chaque épreuve et pour chaque catégorie de malades, d'une manière à la fois précise et intuitive, sans négliger pour cela la valeur que présente chaque observation individuelle.

Lorsqu'il s'agit de comparer des séries de tests représentant diverses capacités mentales, on peut se servir de la méthode de corrélation de Spearman (on l'utilise énormément dans les pays anglo-saxons). Elle permet d'apprécier les résultats des épreuves avec une précision mathématique qui ne laisse pas d'être impressionnante ! Mais, justement, n'y perd-on pas ce que chaque cas

(1) Lhermitte. — Le lobe frontal (*Encéphale,* 1929, I, pp. 110 et sq.).

présente de concret, de vivant, et peut-on, une fois les observations cliniques réunies, jongler, en quelque sorte, avec des chiffres et apprécier l'exactitude d'une telle recherche d'après le nombre de décimales des nombres obtenus ? Que devient, dans ce cas, l'originalité de chaque sujet et comment représenter intuitivement sa physionomie ?

Une méthode réunit les conditions requises : appréciation des différentes épreuves d'après une base unique ; graduation de la difficulté de ces épreuves ; enfin, représentation claire, intuitive, des cas particuliers : c'est la *méthode psychographique* ou « tracé de profil psychologique ». Créée en 1909 par Rossolimo (1), elle a été exposée, sous une forme simplifiée, par Mme Vera Kovarsky (2). Elle avait servi de base — pour la première fois, croyons-nous, dans les pays occidentaux — au Docteur Vermeylen, en 1921, dans son étude des « *Débiles mentaux* » (3). Depuis, ses applications pédagogiques furent multiples et elle est également employée dans les épreuves d'orientation professionnelle.

Ses applications psychiatriques sont beaucoup plus rares. Rossolimo lui-même fut le premier à en signaler l'utilisation, notamment pour l'examen des paralytiques généraux et des psychoses de Korsakoff (4). En dehors de l'application qu'en fit le Docteur Vermeylen, aux enfants arriérés, nous citerons son utilisation, par le même auteur, pour les cas de troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales (5). Enfin, récemment, Mme Kovarsky a signalé les résultats qu'on pouvait en attendre dans l'examen des déments précoces (6).

Les tests

Presque tous les tests dont nous nous sommes servi ont été empruntés à l' « Examen psychographique de l'Intelligence » (7)

(1) Rossolimo. — Die psychologische Profile (*Klinik für Psychische und Nervöse Krankheiten* (VI, Band. 1911 ; VII, Band. 1912 ; VIII, Band. 1913).

(2) Kovarsky. — La mesure des capacités psychiques chez les enfants et les adultes normaux et anormaux (Paris, Alcan, 1927).

(3) Vermeylen. — *Les débiles mentaux* (2e édition, Bruxelles, Lamertin, 1929).

(4) Ouvrage cité.

(5) Vermeylen. — Le déficit mental au cours des tumeurs cérébrales. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, 1927, n° 9), et : L'état mental au cours des tumeurs cérébrales (*Scalpel*, 1927, n° 53 *bis*).

(6) Kovarsky. — Le profil psychologique de quelques aliénés. (*Annales Méd.-psych.*, I, 3-1931).

(7) Vermeylen. — *L'examen psychographique de l'intelligence* (Bruxelles, Lamertin, 2e édition).

du Dr Vermeylen. Nous avons cependant interprété la signification de certains d'entre eux d'une manière un peu différente. Ils se rapportent à trois séries de capacités mentales : tests d'attention, de mémoire et d'élaboration (intelligence). Nous ne pouvons songer à en exposer ici la technique détaillée : nous renvoyons sur ce point au travail du Dr Vermeylen sur les « Débiles mentaux ».

Les tests que nous avons retenus sont :

1° *Attention perceptive :* on présente au sujet des damiers de 9 et 16 casiers ; dans ces casiers se trouvent de 1 à 7 points, selon le degré de difficulté de l'épreuve. Le sujet doit ensuite indiquer sur d'autres damiers, dans quels casiers se trouvaient les points.

2° *Attention réactive :* dans sa technique générale, ce test s'inspire de l'épreuve du barrage de certaines lettres déterminées (Bourdon) que la plupart des auteurs s'accordent à trouver le plus adéquat pour apprécier l'attention. Il s'agit ici de piquer un carton ou une planchette percée de trous, les uns sans aucun signe, les autres affectés de quatre espèces de signes (traits obliques dans différentes directions). Ce test sert, à partir du troisième degré, à mesurer l'attention élective (piquer une espèce de signes et en négliger une autre). A partir du sixième degré, il devient un test d'attention distributive (désigner, en même temps, plusieurs espèces de signes). C'est à ce degré que l'on constate le plus d'échecs.

3° *Mémoire de fixation :* présenter de 1 à 10 images d'objets collées sur un carton ; le sujet doit les énumérer immédiatement après. Ce test a été utilisé pour apprécier la mémoire immédiate.

4° *Mémoire d'évocation :* présenter 10 objets et demander, 48 heures après, de les nommer de mémoire. (Test de conservation du Dr Vermeylen).

5° *Mémoire de reconnaissance :* présenter des dessins de 1 à 10 figures géométriques, et les reconnaître immédiatement après parmi d'autres. (Test d'identification du Dr Vermeylen).

6° *Représentation mentale :* demander au sujet d'épeler à rebours des mots de 2 à 15 lettres. (Test d'imagination simple).

7° *Compréhension d'histoires :* présenter des cartons sur chacun desquels figure une scène d'un court récit. Ces cartons étant présentés dans n'importe quel ordre, demander au sujet de les placer dans un ordre tel qu'on puisse reconstituer l'histoire.

8° *Jugement :* le sujet doit découvrir, dans des scènes ou des figures représentées, une contradiction ou une absurdité.

9° *Raisonnement :* simple opération arithmétique (addition, soustraction de nombres de 1 et 2 chiffres), puis petits problèmes.

10° *Imagination créatrice :* deviner ce que représentent des dessins inachevés.

Nous y avons ajouté deux autres tests :

Mémoire associative : on lit au sujet des couples de mots unis par un rapport d'opposition (ciel, terre), de contradiction (guerre, paix), d'appartenance à un même groupe (chien, chat ; ciseau, aiguille). On répète ensuite un des mots du couple et le sujet doit retrouver le second mot. Coter de 1 à 10 selon le nombre des mots retrouvés. (Treffer method).

Réactions à des situations courantes : test emprunté à l'examen de « La Mesure de l'Intelligence » de Binet et Simon (questions difficiles). On demande au sujet ce qu'il faut faire dans une situation donnée : « Quand on doit prendre une décision importante, que faut-il faire ? » (5 questions) ; ou bien, on lui demande de découvrir l'absurdité d'une phrase : « Il y a eu hier un accident de chemin de fer, mais il n'était pas grave, car il n'y avait que 48 morts. » (cinq phrases). Coter de 1 à 10 selon le nombre de bonnes réponses. (Test d'intelligence).

*
**

Nous avons utilisé l'appréciation des résultats en *degrés* de 1 à 10, et non d'après leur correspondance à un âge mental déterminé ; nous éprouvons, en effet, une certaine répugnance à comparer le degré de mémoire ou de jugement, par exemple, d'un adulte malade, à la mémoire ou au jugement d'un enfant normal de 6 ans et 3 mois, ou de 8 ans et 9 mois, comme beaucoup d'examinateurs n'hésitent pas à le faire. Nous n'avons gardé la notion d' « *âge mental* » que d'une manière très large, pour grouper les malades dont le niveau intellectuel était normal (10 ans et plus) ou à peu près normal (9 à 10 ans) ; ceux dont le niveau intellectuel était plus ou moins déficient (6 à 9 ans) ; ceux, enfin, dont la déchéance mentale était extrême (moins de 6 ans).

Quant à la graduation des épreuves de 1 à 10, elle doit être comprise comme servant de base à la comparaison de la capacité du même malade à exécuter les épreuves de différents tests, ou la capacité de malades différents à exécuter le même test. Il ne peut pas même être question de soutenir qu'entre chaque degré d'une même épreuve, il y a bien accroissement d'une même « quantité » de difficultés.

Matériel des recherches

Les examens ont porté sur 117 malades. Cliniquement, ils peuvent être groupés comme suit :

15 paralytiques généraux (obs. 1 à 15). Nous les avons divisés en 3 groupes. Groupe 1 : malades dont le niveau intellectuel est normal ou à peu près normal (9 à 10 ans, 10 ans) et qui ne présentent que des troubles de la mémoire. Groupe 2 : malades dont le niveau mental est compris entre 6 et 9 ans. Troubles globaux des fonctions mentales. Groupe 3 : malades dont le niveau mental est inférieur à 6 ans. Tous ces malades ont été examinés *avant* la cure malarique, excepté les malades 1 et 13, du groupe 1 et 5 du groupe 2.

15 déments séniles (obs. 16 à 30). Classés en 3 groupes : Groupe 1 : malades paraissant ne présenter que des troubles mnésiques. Groupe 2 : malades dont le niveau mental est compris entre 6 et 9 ans. Groupe 3 : malades dont le niveau mental est inférieur à 6 ans.

15 alcooliques chroniques (obs. 31 à 45). 2 groupes. Groupe 1 : malades dont le niveau mental est normal (10 ans) ou presque normal (9 à 10 ans). Groupe 2 : malades présentant une atteinte globale des fonctions mentales (6 à 9 ans).

2 psychoses de Korsakoff : malades examinées, toutes deux, pendant la période d'amélioration (obs. 46 et 47).

3 intoxications par l'oxyde de carbone (obs. 48, 49 et 50).

10 psychoses hallucinatoires chroniques (obs. 50 à 60). 2 groupes. Groupe 1 : malades dont l'ensemble des fonctions intellectuelles n'est que peu atteint et qui conservent, notamment, de bonnes épreuves d'attention. Groupe 2 : malades présentant un déficit marqué du niveau mental.

15 débiles mentaux (obs. 60 à 75). 2 groupes. Groupe 1 : malades dont le niveau mental est compris entre 6 et 9 ans. Groupe 2 : malades ne présentant qu'une débilité mentale légère (9 à 10 ans, 10 ans).

4 imbéciles (obs. 76 à 79).

12 déments précoces (obs. 80 à 92). 2 groupes. Groupe 1 (schizophrènes) : malades qui n'ont présenté que des troubles du caractère ou des troubles sociaux. Leur niveau mental est, soit normal (10 ans et au delà), soit presque normal (9 à 10 ans). Groupe 2 : malades révélant une atteinte profonde de toutes les facultés intellectuelles.

10 maniaques (obs. 92 à 102). La plupart de ces malades n'ont pu être examinés qu'après la période d'agitation. Groupe 1 : ma-

lades examinés pendant la période hypomaniaque. Groupe 2 : malades examinés pendant la crise.

10 mélancoliques (obs. 103 à 112). Parmi ces malades, nous avons isolé (gr. 2) une série de cas où prédominaient les symptômes d'anxiété.

3 tumeurs cérébrales : obs. 113 : malade ayant présenté des symptômes d'hypertension intracranienne ; obs. 114 : tumeur cérébrale préfrontale : examens faits avant et après l'opération ; obs. 115 : tumeur présumée du corps calleux.

2 amnésies essentielles (obs. 116 et 117). Malades dont l'amnésie constitue la seule déficience mentale et dont, d'autre part, les examens neurologiques et sérologiques n'ont permis de déceler aucune affection organique.

Une remarque pour terminer : il a été précisé plus haut, quel but nous nous sommes assigné dans ces recherches. Nous les avons entreprises, bien davantage pour trouver, dans la psychopathologie, la confirmation ou le démenti de certaines hypothèses sur la fonction mnésiques, et pour découvrir quelques particularités de ces mécanismes, que pour dresser le catalogue des différents troubles qui se présentent dans chaque catégorie de malades mentaux. Il reste, néanmoins, que certains troubles affectent plus spécialement l'une ou l'autre catégorie et se présentent différemment selon qu'ils se révèlent dans l'une ou l'autre affection mentale. Nous ne rechercherons cependant jamais à dégager une « formule » par laquelle on pourrait caractériser les troubles observés dans une psychose déterminée. La possibilité d'établir une telle formule, pour l'ensemble des capacités mentales, a cependant été souvent considérée comme un des principaux avantages que présentent les examens analytiques et psychographiques (1). Certains auteurs ont essayé, par d'autres méthodes, de définir l'aspect que présente le trouble mnésique dans chaque psychose (2). Il a été, enfin, tenté d'établir qu'un même test, le test de reconnaissance, est exécuté tout différemment dans diverses catégories de maladies mentales (3).

(1) Ballet et Génil-Perrin avaient, en 1914, proposé une méthode d'examen devant fournir une formule caractéristique de différentes psychoses : « L'examen clinique du fond mental chez les déments » (*Encéphale*). Mme Kovarsky se propose le même but dans son ouvrage.

(2) Adolfo Sierra. — Estudio experimental acerco de los tipos mnésicos en psiquiatria (*Rev. de Criminolog. Psiquiatr. e Med. leg.*, IX, 51, 1922).

Wells and Martin. — A method of Memory examination adapted to Psychotic Cases (*American Journal of Psychiatry*, vol. 3, 1923, pp. 243, 257).

(3) Bernstein. — Ueber eine Méthode für Untersungen der Merkfähigkeit bei Geistekranken. (*Zeitschrift für Psychologie*, t. 32, 1903).

Pour notre part, nous nous garderons de toutes généralisations de ce genre, car elles tendent à laisser de côté trois considérations auxquelles nous nous sommes précisément attaché dans ce travail :

1) Les rapports, très variables, de chaque forme de mémoire avec l'ensemble des fonctions intellectuelles, ou même, avec la personnalité du sujet ;

2) les grandes variations de ces troubles, dans chaque catégorie, selon le degré d'évolution de la maladie ou la gravité de la déchéance mentale ;

3) l'importance que garde l'examen des cas isolés, présentant un aspect très différent des autres malades atteints de la même affection.

I. L'attention et la mémoire

Des recherches entreprises au sujet de la désagrégation des fonctions de mémoire et d'attention, quatre points sont spécialement à considérer :

1° l'électivité des troubles de la mémoire par rapport à tout autre trouble intellectuel, et spécialement par rapport à l'attention, dans toute une série de psychoses.

2° Les différences observables dans la fréquence, le début, la rapidité d'évolution, en un mot, les courbes totalement différentes de la dissolution des fonctions de mémoire et d'attention, correspondant à une même dissemblance de leur courbe d'évolution.

3° Les divergences qui se présentent entre les résultats des tests d'attention perceptive et d'attention réactive, les premiers faisant davantage appel à la mémoire immédiate, les seconds nécessitant surtout la force de concentration de l'esprit et la capacité de distribution de l'attention.

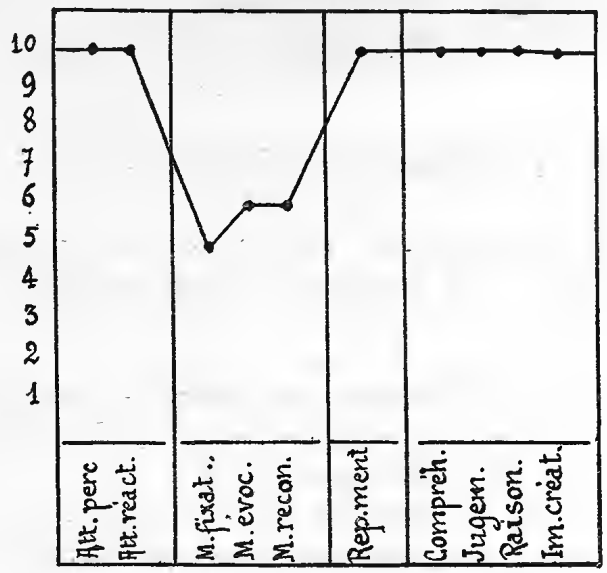
4° Enfin, les rapports qu'on peut observer entre certains troubles de l'attention et la capacité de représentation mentale d'un sujet.

*
**

§ 1). L'examen des courbes mentales de diverses catégories de malades nous a permis de constater, d'une manière frappante, que dans plusieurs de ces catégories, les sujets paraissent présenter *uniquement* des troubles mnésiques, soit au début de leur affection, soit à la suite d'une intoxication.

Jamais, par contre, nous n'avons relevé de cas inverses : des troubles de l'attention accentués, coexistant avec l'intégrité des fonctions mnésiques. Dans toute une série d'affections mentales, les troubles de la mémoire se présentaient donc sous un aspect électif.

a) *Paralytiques généraux :* cette dissociation apparaît nettement dans une catégorie de paralytiques généraux que nous avons pu nommer, d'après ce fait, la « forme amnésique » de la paralysie générale. Existe-t-il, comme le croit Giscard (1) notamment, une « forme amnésique pure de la paralysie géné-



Graphique 1. Observ. 6 (P. G.)

rale » ? Nous avons relevé, sur 15 paralytiques généraux examinés, 5 cas de malades dont la courbe mentale présente *uniquement* un déficit des épreuves de mémoire, avec une exécution correcte des épreuves d'attention et d'élaboration. Nous donnons ci-dessus (graphique I) la courbe mentale caractéristique d'un de ces malades.

Si nous examinons ensuite les sujets du groupe 2, nous constatons que l'état intellectuel de ces malades s'aggravant, et leur niveau mental s'abaissant, les fonctions d'attention sont également atteintes. Rappelons que l'âge mental des malades de ce groupe (observations 3, 5, 9, 11 et 14) varie entre 6 et 9 ans. Le trouble de la mémoire paraît donc, dans le 1er groupe, tout à fait indépendant d'un trouble quelconque de l'attention, mais, dans

(1) Giscard. — *La forme amnésique de la Paralysie générale.* Thèse de Toulouse, 1930.

le second groupe, les fonctions mnésiques sont sensiblement égales aux fonctions d'attention et aux fonctions intellectuelles.

Dans le groupe 3 enfin (observations 7, 8, 10, 15), les niveaux mentaux sont inférieurs à 6 ans, souvent même inappréciables. On constate cependant que, malgré leur déchéance considérable, les tests d'attention et d'élaboration gardent une légère supériorité sur les tests de mémoire.

Quand toutes les fonctions intellectuelles subissent une nouvelle régression, il peut donc arriver que l'attention reste un peu supérieure à la mémoire. Il semble qu'ici encore la régression atteigne plus spécialement la mémoire, qui est alors presque nulle.

Il est donc possible de conclure que la paralysie générale atteint, parmi les fonctions intellectuelles, la mémoire d'une manière toute spéciale, soit que la déficience de la mémoire constitue un des premiers symptômes de la désintégration psychique, soit qu'au terme de cette désagrégation, elle paraisse plus particulièrement atteinte que les autres fonctions.

Il faut cependant noter que, dans tous les groupes, la mémoire de conservation des faits anciens reste souvent bonne et que, même dans le groupe 3, où nous avons enregistré un profond déficit des épreuves de fixation, d'évocation, de reconnaissance, il est arrivé que le malade ait conservé des souvenirs très précis des faits passés. Quoi qu'il en soit, les dissolutions des fonctions de mémoire et d'attention sont loin de suivre des courbes parallèles dans la paralysie générale.

b) Dans une autre catégorie de psychoses, dites psychoses organiques, dans la *démence sénile*, nous observons des faits assez différents. Une remarque préliminaire s'impose ici. Il nous est arrivé souvent d'avoir à examiner des sujets qui paraissaient présenter des troubles mnésiques tout à fait isolés. Le témoignage de leur famille, leur attitude, un examen superficiel, concordaient à donner l'impression d'une assez bonne conservation des fonctions intellectuelles, à côté de troubles évidents de la mémoire. C'est la raison pour laquelle il nous a paru légitime d'isoler un groupe de séniles sous la dénomination de malades « ne paraissant présenter que des troubles amnésiques » (observ. n^{os} 18, 21, 23, 27). Or, l'examen mental de ces malades a toujours révélé une déchéance nette, parfois même très profonde, de l'ensemble des fonctions intellectuelles. En ce qui concerne particulièrement les épreuves d'attention et de mémoire, nous constatons que, si deux des malades examinés (observ. 18 et 27) ont conservé des épreuves d'attention légère-

ment supérieures aux épreuves de mémoire, un autre (observ. 23) montre une attention extrêmement atteinte : elle est fort inférieure à la mémoire. Or, il s'agit d'un malade se plaignant uniquement de troubles de la mémoire de fixation. Le cas de la malade de l'observ. 21 est plus typique encore : il vaut d'être exposé avec plus de détails.

Nous nous trouvons en présence d'une malade dont les troubles de la mémoire ont un aspect frappant : elle semble oublier, d'une manière vraiment instantanée, tout ce qu'on lui dit. Non seulement les épreuves de mémoire révèlent une amnésie profonde, mais l'incapacité dans laquelle elle se trouve d'acquérir toute habitude, l'impossibilité de fixer une impression quelconque, ont leur répercussion sur des actes presque automatiques, sur son orientation spatiale et temporelle, et jusque sur la notion du réel.

C'est ainsi que cette malade, qui passe une grande partie de son temps un crochet à la main, est devenue incapable d'effectuer correctement cet ouvrage : elle oublie constamment les points — très simples — que l'infirmière lui apprend. Chaque soir, elle s'imagine être encore chez elle et elle demande qu'on la conduise dans sa chambre au 1er étage : chaque soir, il faut lui dire qu'elle est à l'Institut de Psychiatrie et que sa chambre se trouve à côté du réfectoire. Cette scène se répète, identique, depuis plusieurs mois.

Or, il semble d'abord que cette malade souffre d'une amnésie pure : son âge peu avancé, son attitude très correcte, sa conversation sensée, la « tenue » intellectuelle qu'elle paraît avoir conservée, écartent, à première vue, un diagnostic de démence sénile. Un examen plus approfondi du niveau mental révèle cependant une déchéance très profonde de toutes les fonctions intellectuelles, au point que cette malade atteint à peine un âge mental de 6 à 7 ans. Non seulement on constate, au premier examen, que l'attention et l'intelligence sont tout aussi touchées que la mémoire, mais un second examen, fait cinq mois plus tard, accuse une nouvelle régression globale — très sensible, puisqu'elle paraît correspondre à un recul de un ou deux ans d'âge mental. Ainsi, ce qui semble se limiter, à première vue, à des troubles amnésiques chez une présénile, est, en réalité, en rapport avec une démence sénile déjà profonde...

Nous devons donc écarter ici — ou du moins n'accepter qu'avec beaucoup de réserves — la notion de troubles amnésiques purs marquant le début de la démence sénile, tels qu'ils s'en trouvent dans la paralysie générale. De plus, nous pouvons constater

souvent une autre divergence : les souvenirs anciens des malades sont ici bien plus atteints, à un niveau mental équivalent, que dans la paralysie générale. Quelle que soit la valeur qu'il convienne d'attribuer à la fameuse loi de Ribot (1) — les souvenirs anciens sont les derniers atteints — on note généralement un sérieux déficit de la mémoire de conservation. Il est vrai que, souvent, émergent quelques souvenirs, quelques dates, des faits isolés, mais de quelle manière inconstante, à côté de quelles lacunes et avec quelle imprécision ! Ceci s'applique d'ailleurs à tous les groupes de déments séniles examinés.

Dans le groupe 2 (obs. n°s 16, 20, 22, 24, 26) bien que la déchéance globale soit souvent considérable, les malades ont encore un niveau mental appréciable (âge mental variant entre 6 et 9 ans). Attention et mémoire sont également atteintes. Dans le groupe 3 au contraire, (obs. 17, 19, 25, 28, 29) le niveau mental devient inappréciable ; la déchéance intellectuelle est extrême. Il est, par conséquent, difficile d'observer une différenciation quelconque des tests au point de vue des fonctions intellectuelles. Toutefois, une remarque s'impose dans plusieurs cas : l'attention étant souvent nulle, on peut considérer que cette fonction est plus atteinte que la mémoire dont quelques vestiges subsistent encore.

Ceci nous permet donc d'écarter l'idée que la démence sénile présente, à quelque degré d'évolution de cette affection, ou à quelque gravité que ce soit de la déchéance mentale, des troubles électifs de la mémoire. Sur ce point, on note une différence assez nette avec la paralysie générale.

Quels sont alors les cas dans lesquels nous rencontrons encore une dissociation de l'attention et de la mémoire, cette dernière seule étant atteinte ? Nous pouvons envisager spécialement un groupe d'alcooliques chroniques paraissant présenter des troubles mnésiques à l'exclusion de tout autre trouble intellectuel ; quelques cas d'intoxication par l'oxyde de carbone ; un cas de tumeur cérébrale ; nous noterons aussi deux cas d'amnésie essentielle paraissant survenir en dehors de toute affection mentale.

Nous verrons enfin que toute une série de déments précoces, au début de leur affection, semblent ne présenter que des troubles mnésiques très particuliers...

c) Les alcooliques chroniques : nous avons examiné une série d'alcooliques chroniques dont les fonctions mnésiques étaient

(1) Ribot. — *Les maladies de la mémoire.*

seules atteintes, indépendamment de tout déficit de l'attention et des fonctions intellectuelles. Sur 15 malades examinés, dix d'entre eux conservaient un niveau mental soit normal (10 ans), soit presque normal (de 9 à 10 ans), malgré le déficit des épreuves de mémoire. Il semble que, chez les deux tiers des malades de cette catégorie, la mémoire soit atteinte, alors que l'attention est remarquablement bien conservée (obs. n^{os} 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43 et 44). Cinq d'entre eux (obs. 38, 39, 42, 43, 44) donnaient également de bonnes épreuves des fonctions d'élaboration, et leur courbe mentale se rapprochait sensiblement de la courbe du paralytique général reproduite plus haut (graphique I).

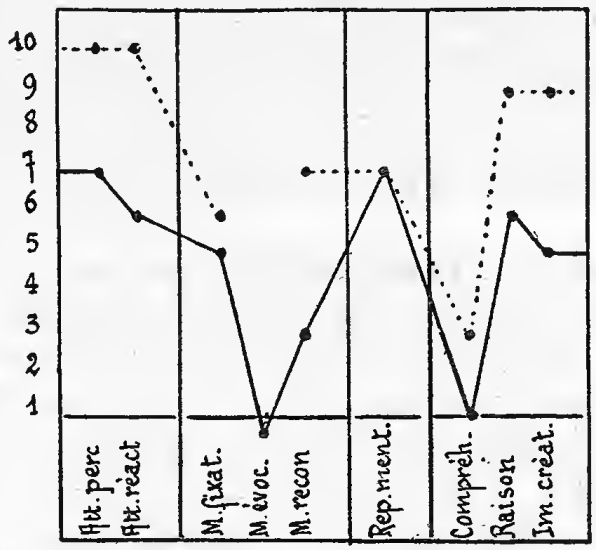
Dans le second groupe (obs. 31, 32, 40, 41, 45), les niveaux mentaux étaient inférieurs à 9 ans et toutes les fonctions intellectuelles décelaient une grande déficience. Les tests d'attention atteignaient un niveau soit égal, soit légèrement supérieur aux tests de mémoire. Dans un seul cas (obs. 45), l'attention était inférieure à la mémoire : il s'agissait d'une déchéance extrêmement profonde, le niveau mental étant à peine appréciable. On peut donc conclure que, dans la plupart des cas d'alcoolisme chronique, on constate la même dissociation des fonctions de mémoire et d'attention, à l'avantage de cette dernière. Ceci se manifeste d'autant mieux que, lorsque les fonctions intellectuelles fléchissent à leur tour, il arrive, dans 5 cas sur 15, que l'attention se maintienne seule à un niveau élevé.

d) 3 cas *d'intoxication par l'oxyde de carbone* sont également typiques à cet égard. Dans ces 3 cas, les épreuves d'attention étaient très bien exécutées, alors que les malades présentaient un déficit considérable de la mémoire. Dans un de ces cas (obs. 48), le malade était même dans un véritable état de prostration, avec désorientation spatiale et temporelle complète et amnésie rétrograde portant sur une période commençant quelques heures avant l'accident et s'étendant jusqu'à ses premiers jours à l'hôpital. (L'amnésie portant sur cette période ne s'est d'ailleurs jamais dissipée, même après guérison). En plus, amnésie antérograde presque totale. Néanmoins, excellentes épreuves d'attention. Les deux autres malades (obs. 49 et 50), bien que moins gravement atteints, présentent la même dissociation des épreuves d'attention et de mémoire.

e) Enfin, 3 cas de *tumeurs cérébrales* permettent de faire la même observation. Dans l'un de ces cas (obs. 113), la malade présentait des troubles amnésiques simulant la psychose de Korsakoff avec fabulation, désorientation et même onirisme.

Alors qu'elle était complètement désorientée et incapable de fixer le moindre souvenir, elle présentait néanmoins des épreuves d'attention parfaites (même courbe mentale qu'au graphique I). Dans les deux autres cas, les malades présentaient une atteinte générale des fonctions intellectuelles, mais, là encore, le déficit mnésique se montrait beaucoup plus profond que le déficit de l'attention. Dans l'obs. 114, il s'agit d'une malade opérée d'une tumeur préfrontale ; la courbe mentale présentait exactement le même aspect avant qu'après l'opération, mais le niveau était beaucoup plus élevé. (Voir ci-dessous, graphique 2).

Ligne continue : avant opération.
Ligne brisée : après opération.



GRAPHIQUE 2. OBSERV. 114

On remarque que les épreuves d'attention sont toujours très supérieures aux épreuves de mémoire.

f) Nous joindrons enfin, à ces observations, 2 cas d'*amnésie essentielle :* dans l'un d'eux (obs. 116), le trouble amnésique s'accompagnait d'un déficit léger des fonctions intellectuelles, les épreuves d'attention restant bonnes. Dans le second cas (obs. 117), nous rencontrons encore un malade dont les épreuves d'attention et d'élaboration sont parfaitement exécutées, les épreuves de mémoire seules étant faibles (même courbe mentale qu'au graphique 1).

Notons encore que ces deux malades ont une conscience très nette de leur état et ont gardé une bonne mémoire de conservation.

Nous avons donc pu énumérer toute une série de sujets chez

lesquels l'atteinte de la mémoire apparaissait nettement, indépendamment de tout trouble de l'attention.

En résumé : il est possible de relever cette dissociation au début de la paralysie générale, dans certains cas d'intoxication par l'oxyde de carbone, dans de nombreux cas d'alcoolisme chronique, ainsi que dans plusieurs cas de tumeurs cérébrales et d'amnésies pures, quel que soit d'ailleurs l'état de désorientation, ou même, de perte de contact avec le réel, voire d'onirisme, dans lequel les malades se trouvent. Par contre, la psychose de Korsakoff n'accuse pas une semblable divergence (1).

Dans un cas seulement (obs. 47), nous avons relevé une dissociation de l'attention et de la mémoire.

Quant à la démence sénile, contrairement à une opinion souvent admise, elle ne paraît, à aucun stade, présenter un phénomène semblable. Il s'agit de troubles de dissolution dont nous aurons à nous occuper au paragraphe suivant, en même temps que des troubles d'évolution chez les débiles et les imbéciles.

Avant de terminer ce paragraphe, il faut encore mentionner les résultats obtenus dans des catégories de malades chez lesquels une aussi nette dissociation n'apparaît pas. Ce sont les :

g) psychoses maniaco-dépressives et *mélancoliques.* — Ces sujets exécutent d'ailleurs les épreuves de façon très irrégulière; les tests d'attention et de mémoire sont, ordinairement, équivalents, ou bien, les différences sont légères, ou encore, se présentent d'une manière peu constante.

Beaucoup plus intéressants se sont révélés les examens des

h) psychoses hallucinatoires chroniques. — Il semble précisément que la conservation, souvent parfaite, des épreuves d'attention, permette d'isoler, de l'ensemble de ces malades, un groupe important, dans lequel les sujets conservent une capacité remarquable de concentration et de distribution de l'attention, alors que les épreuves de mémoire sont, peu ou prou, déficientes.

Il est même curieux de constater avec quelle aisance et quelle absence de toute fatigue, les malades ont exécuté ces tests (obs. 51, 52, 53, 54, 55, 56). Dans quatre de ces cas, les fonc-

(1) Cf. Störring : Ueber den ersten reinen Fall eines Menschen mit völligen isoliertem Verlust der Merkfähigkeit (*Archiv. für die Gesamte Psych.*, LXXXI, 3, 1931). Relate le cas d'une intoxication par le gaz de chauffage : présentait une amnésie de fixation complète, mais les fonctions intellectuelles étaient intactes, ce qui, selon l'auteur, distingue ce cas des psychoses de Korsakoff.

tions intellectuelles étaient également bien conservées mais cependant inférieures à l'attention.

Dans les deux autres cas (53 et 54), l'attention seule persistait, intacte. Il semble bien que nous nous trouvions ici en présence d'un groupe de malades qui présente de grandes analogies avec ce que nous avons observé chez les alcooliques chroniques : la dissociation de l'attention et de la mémoire s'y présente d'une manière semblable.

Dans le second groupe (obs. 57, 58, 59, 60), l'attention a fléchi, ainsi que, d'ailleurs, tout l'ensemble du niveau mental. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que, dans les quatre cas envisagés, il s'agit toujours d'une faiblesse particulière de l'attention réactive, alors que, au contraire, l'attention perceptive, plus proche de la mémoire, est meilleure. Dans trois de ces observations (58, 59, 60), l'écart entre attention perceptive et attention réactive est même considérable.

Nous aurons à rechercher plus loin (§ 3) la signification de ce fait, en apparence paradoxal.

Reste le groupe *i) des déments précoces.*

Parmi les sujets du groupe 1 (obs. 81, 82, 84, 86, 87, 88, 91), trois sujets ont une déficience unique de la mémoire (81, 82, 84) et leur courbe mentale reproduit la courbe du graphique I. En ce qui concerne plus spécialement les tests d'attention et de mémoire, non seulement dans ces cas, mais aussi dans les quatre autres observations (86, 87, 88, 91), apparaît une supériorité, d'importance variable, des tests d'attention.

Dans le groupe 2 (obs. 83, 85, 89, 90, 92), nous relevons encore 3 cas (83, 85, 92), de supériorité de l'attention par rapport à la mémoire.

Mais les troubles de mémoire eux-mêmes apparaissent sous un aspect très irrégulier chez les déments précoces, certaines épreuves étant beaucoup plus atteintes que d'autres, et cette irrégularité se présentant d'une manière assez différente de celle des autres psychoses. Aussi aurons-nous à nous préoccuper plus spécialement de ces malades dans le chapitre II.

§ 2. — Evolution et dissolution de la mémoire et de l'attention

Nous croyons qu'il ne faut pas se borner à considérer l'absence de parallélisme entre les troubles de la mémoire et de l'attention. L'étude de deux groupes de malades dont la déficience mentale peut s'identifier, d'une part avec un manque d'évolution des fonc-

tions intellectuelles (débiles et imbéciles), d'autre part, avec une dissolution de ces mêmes fonctions (déments séniles), présente la question sous un jour différent : sans doute faut-il ici remarquer que mémoire et attention sont dissemblables encore en ce qu'elles évoluent tout différemment à travers les stades d'accroissement et de déclin de l'activité mentale.

Nous avons déjà signalé, dans le paragraphe précédent, que la dissolution de la mémoire, chez les séniles, si profonde soit-elle, n'est jamais absolue, comme celle de l'attention et des fonctions intellectuelles. On dirait qu'il y a toujours un « minimum » de mémoire qui persiste chez tous les sujets.

Or, dans les cas de troubles de l'évolution (débiles et imbéciles), il semble que nous trouvions un processus analogue, mais de sens inverse : dans des cas d'*imbécillité,* même profonde, non seulement nous pouvons noter la réussite de quelques tests de mémoire, mais, en règle générale, les tests de mémoire se montrent très supérieurs aux tests d'attention et d'intelligence. Dans la *débilité mentale,* le développement intellectuel étant beaucoup plus avancé, on ne constate plus le même privilège des épreuves de mémoire : les tests d'attention et d'élaboration sont, soit équivalents, soit légèrement supérieurs aux tests de mémoire, mais, même lorsque cette supériorité se présente (et il s'agit alors de cas très légers de débilité mentale), elle reste très faible.

Dans les 4 cas d'*imbécillité* examinés (obs. 76, 77, 78, 79), deux cas (obs. 77 et 79) avaient une courbe mentale très caractéristique, les tests de mémoire s'élevant nettement par rapport aux autres épreuves. Nous reproduisons ci-dessous la courbe mentale d'un de ces malades (graphique 3).

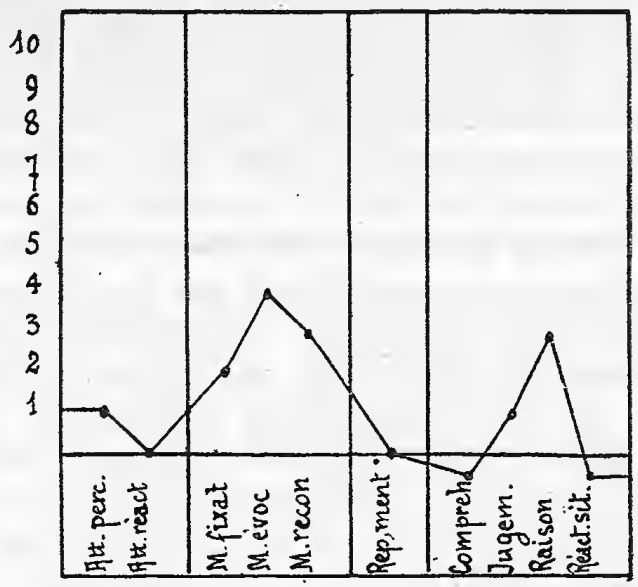
L'imbécillité seule présente une aussi nette supériorité de la mémoire par rapport à l'ensemble des autres épreuves.

Les 15 cas de *débilité mentale* ont été divisés en deux catégories selon l'âge mental obtenu pour l'ensemble des épreuves. Dans le premier groupe, nous trouvons des malades dont le niveau mental est compris entre 6 et 9 ans (obs. 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68 et 70) : ce sont les cas de débilité plus profonde. Dans le second groupe, nous avons classé les cas de débilité mentale légère, dont le niveau mental est à peu près normal : 9 à 10 ans, 10 ans (obs. 69, 71, 72, 73, 74, 75).

En général, dans les cas du groupe 1, attention et mémoire sont équivalentes. Il faut noter que le rapport entre ces deux fonctions est ici tout à fait indépendant de l'âge mental des sujets, et paraît relever surtout de différences individuelles. Si,

au contraire, nous considérons les cas de débilité mentale légère, nous constatons que l'attention est supérieure à la mémoire, mais très légèrement.

En résumé : il semble que, dans l'évolution des fonctions intellectuelles, l'attention se développe de plus en plus, tandis que la mémoire progresse beaucoup moins. Ceci permet d'inférer que, d'une part, l'évolution de ces deux fonctions est, en général, indépendante et qu'en tout cas les progrès de la mémoire ne sont pas nécessairement liés aux progrès de l'attention, puisque la mémoire est, au niveau le plus bas, très supé-



GRAPHIQUE 3. OBSERV. 76

rieure à l'attention, mais ensuite dépassée par celle-ci lorsque le développement intellectuel se poursuit ; que, d'autre part, il y a, ici encore, un certain « seuil » de mémoire au-dessous duquel on ne descend guère, même dans les cas graves d'arrêt de l'évolution (1), alors que l'attention peut, au contraire, être presque inexistante. On trouverait ici, dans les cas pathologiques d'arrêt du développement chez les adultes, un phénomène analogue à ce qui se produit chez l'enfant normal.

Bien que de nombreux auteurs, Pillsbury notamment (2), estiment que la mémoire s'accroît avec l'âge sous l'influence de l'attention, des recherches effectuées à Genève par D. Fischler et

(1) Il est évident que nous avons en vue les cas d'arrêt du développement dans lesquels on constate tout au moins des fonctions intellectuelles élémentaires : le cas des idiots ne pourrait être pris en considération.

(2) PILLSBURY. — *L'Attention*, pp. 141-142.

I. Ulbert (1), tendent à prouver que la mémoire s'améliore beaucoup moins que l'attention, à mesure que le développement intellectuel se poursuit chez l'enfant.

Deux remarques s'imposent cependant ici :

D'abord, on peut se demander s'il n'existe pas d'arrêts du développement intellectuel, dont la cause résiderait précisément dans la faiblesse des fonctions mnésiques et qui, par conséquent, pourraient consister dans une sorte d'amnésie congénitale. Nous avons observé une malade (obs. 61) qui présente précisément ce cas : son niveau mental n'atteint pas 6 ans, se raprochant ainsi davantage du niveau des imbéciles que de celui des débiles. Toutefois, l'attitude même de la malade est très différente de celle des imbéciles et des débiles profonds : elle paraît révéler un état de débilité assez grave, sans doute, mais qui est bien loin d'atteindre le niveau des imbéciles. De plus, cette malade a une conscience parfaite de son infériorité mentale, ce qui est aussi en contradiction avec le diagnostic d'imbécillité. Elle présente des troubles mnésiques se caractérisant par ce fait que non seulement toute épreuve d'évocation lui est impossible, mais aussi que, malgré ses efforts d'attention, elle est dénuée de toute mémoire immédiate et elle est incapable de retenir, ne fût-ce qu'une minute, deux mots ou deux chiffres prononcés devant elle. Les épreuves d'attention sont légèrement supérieures aux épreuves de mémoire. Loin que la faiblesse de la mémoire soit ici liée à un manque de développement général des fonctions intellectuelles, il semble bien que la faiblesse de celles-ci ait eu surtout pour origine, l'absence de toute « retentivité ».

Une autre remarque vise la restauration des fonctions intellectuelles, et particulièrement, de la mémoire et de l'attention.

On peut se demander si, en cas de restauration des fonctions intellectuelles, soit par suite de la guérison des malades, soit pendant une période de rémission, l'une de ces fonctions reparaît plus ou moins rapidement, et si l'ordre de restauration reproduit l'ordre de désintégration.

Nous n'avons, jusqu'à présent, pu réunir des documents suffisants pour nous prononcer sur ce point. De plus, la prudence avec

(1) D. Fischler et I. Ulbert. — Contribution à l'étude des tests de mémoire immédiate. *Archives de psychologie,* t. XXI, n° 83-84 (1929), p. 300.

Mme Kovarsky fait la même remarque à propos des enfants normaux : « La hauteur de l'attention s'élève avec l'âge, la hauteur de la mémoire « reste stable, et la hauteur des capacités supérieures s'élève graduellement « avec tendance à atteindre le niveau de la mémoire » (d'après Rossolimo) dans : « *La mesure des capacités psychiques* », p. 30.

laquelle il convient de traiter cette question des « rémissions » chez les malades mentaux, nous force à écarter toute une série de cas qui ne nous semblent pas suffisamment probants, à l'heure actuelle, comme, par exemple, les cas de rémission dans la démence précoce. Deux groupes de malades, par contre, semblent offrir une base suffisante à ce genre de recherches : 1) les paralytiques généraux malarisés et 2) les tumeurs cérébrales guéries après opération.

Nous avons commencé des recherches sur le premier groupe de ces malades. Sans qu'il soit possible d'affirmer rien de précis pour l'instant; il nous a paru que les fonctions intellectuelles se restaurent d'une manière sensiblement égale et que la courbe mentale garde le même aspect, mais à un niveau plus élevé. Des recherches en cours nous permettront de faire, à bref délai, des observations plus précises à ce sujet.

§ 3. — Attention perceptive et attention réactive

Les tests d'attention perceptive et d'attention réactive donnent généralement des résultats semblables, bien que la première épreuve participe davantage de la mémoire et que la seconde implique plutôt un effort intellectuel. Des divergences se manifestent pourtant. Parmi les malades atteints de psychoses organiques, nous noterons que dans la *paralysie générale* où, nous l'avons vu, l'attention reste longtemps supérieure à la mémoire, si l'attention baisse à son tour, c'est l'attention réactive qui est particulièrement atteinte. On peut supposer que, l'effort intellectuel devenant plus difficile à réaliser, le test qui requiert spécialement cet effort de concentration de l'esprit, laisse le mieux apparaître la déchéance mentale.

Dans la moitié des observations du dernier groupe de paralytiques généraux, il arrive que l'affaiblissement des fonctions mnésiques soit tel que l'attention perceptive est presque annulée, et, dans ce cas, l'attention réactive est un peu supérieure.

L'attention réactive suit assez exactement, pourrait-on dire, dans les cas de paralysie générale, les oscillations du niveau intellectuel : d'abord bien conservée (groupe 1), puis atteinte quand le niveau mental s'abaisse (groupe 2), mais restant cependant supérieure aux épreuves de mémoire dans les cas de déchéance plus grave.

Elle paraît évoluer dans le même sens, dans la *démence sénile :* dans le premier groupe, les deux tests d'attention donnent des résultats équivalents, mais, le niveau intellectuel faiblissant

(gr. 2), elle devient inférieure à l'attention perceptive, soit légèrement, soit (obs. 22), d'une manière très marquée. Enfin, dans le groupe 3, les deux tests d'attention sont équivalents : ou nuls, ou donnant des résultats extrêmement faibles.

Il nous apparaît donc que les psychoses organiques mettent en valeur le rôle du test d'attention réactive comme « signalant » — d'une manière tout à fait indépendante des troubles mnésiques — les oscillations du niveau intellectuel du malade. Si nous rapprochons ce fait des recherches de Binet, sur l'attention (1), recherches qui aboutirent à ces constatations que, d'une part, le test du barrage de certaines lettres déterminées (2) est le plus adéquat pour mesurer un effort d'attention, et que, d'autre part, l'attention peut être la mesure de l'intelligence d'un sujet, nous sommes amenés à nous demander s'il faut admettre la thèse sur laquelle Binet s'était basé : les sujets les plus intelligents sont ceux qui ont la meilleure attention. Dans ce cas, l'épreuve d'attention réactive serait particulièrement bien choisie pour apprécier, sinon l'intelligence, du moins la possibilité d'utilisation des fontions intellectuelles, et, en somme, l' « autoconduction » mentale du sujet. Nous croyons qu'une telle conclusion serait assez arbitraire. On peut, en effet, faire beaucoup de réserves sur l'assimilation du pouvoir d'attention avec la capacité intellectuelle : il faut tenir compte de l'*instabilité* que peut présenter (chez l'enfant notamment) une intelligence normalement développée. D'autre part, l'examen d'autres catégories de malades nous a permis de constater que les oscillations de l'attention réactive peuvent être tout à fait indépendantes de la conservation des fonctions intellectuelles. Il faut donc se borner à signaler que, dans la désintégration mentale de certains psychoses organiques, les variations de l'attention réactive reflètent assez exactement — plus exactement que les variations de l'attention perceptive — les variations du niveau mental du sujet.

*
**

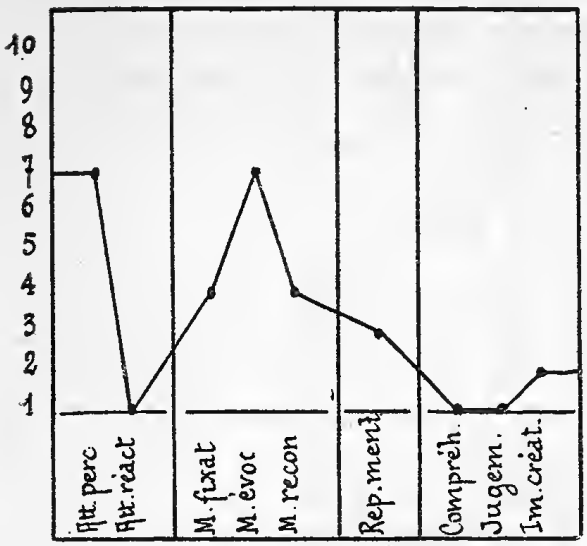
En nous reportant maintenant aux cas opposés à ceux que nous venons d'examiner, aux troubles d'évolution des *imbéciles*, nous voyons qu'une remarque analogue s'impose : si, chez eux, l'attention est toujours plus faible que la mémoire, nous voyons qu'il s'agit surtout ici de l'attention réactive : l'épreuve d'atten-

(1) Binet. — *Attention et Adaptation.* Année psychologique, t. VI, 1900.
(2) Rappelons que le test d'attention réactive, dans nos examens, est basé sur la même technique (cf. Introduction).

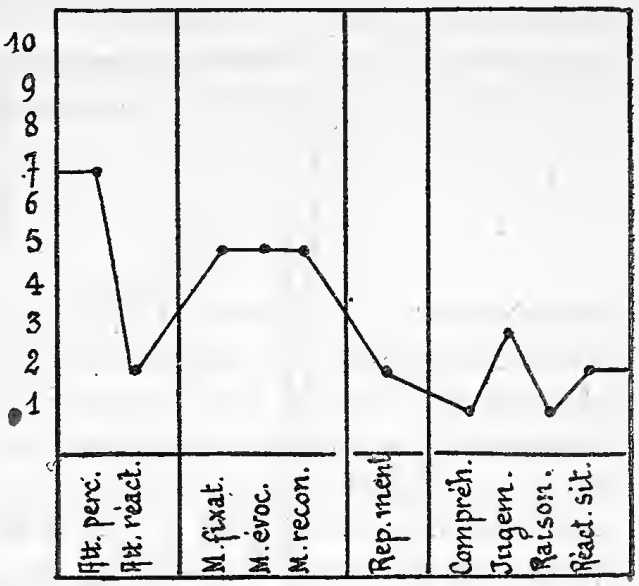
tion perceptive peut, au contraire, atteindre des résultats semblables ou supérieurs à ceux des épreuves de la mémoire (obs. 78). Ceci montre que les troubles de l'attention réactive peuvent avoir la même valeur d' « indication » des capacités mentales réelles dans les troubles d'évolution et dans les troubles de dissolution.

Nous donnons ci-contre, deux courbes mentales typiques à cet égard : l'une d'un dément sénile du groupe 2 (obs. 22), l'autre d'un imbécile (obs. 78).

L'attention perceptive est, au contraire, étroitement liée à la



GRAPHIQUE 4. OBSERV. 22



GRAPHIQUE 5. OBSERV. 78

mémoire : elle en suit les variations et c'est pourquoi nous y avons opposé la relative indépendance du test d'attention réactive.

Nous trouvons encore une preuve de ce fait dans le groupe des *alcooliques chroniques :* si une différence se marque, chez ces malades, entre les deux épreuves d'attention, elle est toujours en faveur de l'attention réactive.

Dans le groupe 1 (attention très supérieure à la mémoire), sur 10 cas, l'attention réactive est six fois équivalente à l'attention perceptive et quatre fois supérieure.

Dans le groupe 2 : attention réactive deux fois équivalente et trois fois supérieure à l'attention perceptive.

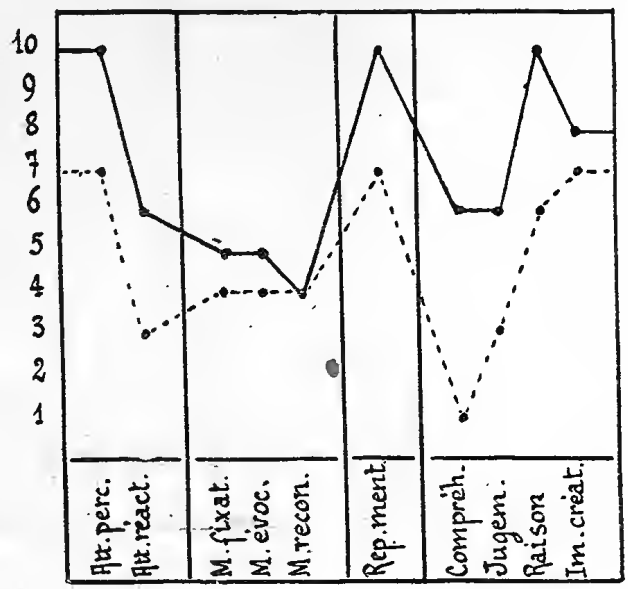
Ici encore, la déficience constatée dans l'épreuve d'attention perceptive paraît en rapport avec la déficience de la mémoire.

*
**

Nous avons cependant noté un fait qui nous empêche d'admettre ceci d'une manière absolue et qui nous oblige à préciser le rôle joué par la mémoire dans les épreuves d'attention.

Dans le premier groupe d'observations de la *psychose hallucinatoire chronique*, nous remarquons, en effet, que, chez cinq malades, les deux épreuves d'attention sont supérieures aux épreuves de mémoire, mais, dans un cas (obs. 51), l'attention réactive a fortement fléchi alors que l'attention perceptive est bonne. Dans

Ligne continue : obs. 51 (groupe 1).
Ligne brisée : obs. 60 (groupe 2).



Graphique 6 (Ps. H. Chr.)

le second groupe, nous constatons trois fois le même fait (obs. 58, 59, 60) : la faiblesse des épreuves d'attention provient ici uniquement de la déficience des épreuves d'attention réactive : l'attention perceptive est bonne. Nous donnons ci-dessus les courbes mentales d'un malade de chacun des groupes (obs. 51 et 60).

Que conclure de ce fait ? Des malades dont l'attention est atteinte et les fonctions mnésiques très déficientes, gardent cependant la possibilité de bonnes épreuves d'attention perceptive. Il semble que la seule explication réside ici dans la nature même de l'épreuve. Certes, ces malades ont une attention affaiblie : ils sont incapables de faire un effort soutenu d'attention distributive. Il est vrai aussi qu'ils n'ont pu fixer les « images » des épreuves de mémoire, mais ils peuvent, par contre, appréhender et retenir quelques instants la position des points sur un damier. N'est-ce pas le caractère, en quelque sorte abstrait, de

cette impression immédiate, qui lui assure sa supériorité sur la persistance d' « images » qui seraient abolies ? Et, inversement, n'est-ce pas un trouble particulier de la mémoire, trouble portant tout spécialement sur des « images », qui affecte ces malades ?

Il serait sans doute hasardeux de proposer une conclusion quelconque d'après ces faits, assurément peu nombreux. Nous ne voulons que souligner au passage le fait de la variété des formes de mémoire qui sont impliquées dans l'appréhension immédiate de quelques éléments sensoriels. Peut-être aussi pourrait-on supposer que l'appréhension de ces points dans les casiers est plus rapide, plus « immédiate », plus instantanée que l'aperception d'un groupe d'images qui ne peuvent, malgré tout, être saisies que successivement ? Quoi qu'il en soit, il y avait là un fait intéressant à noter.

*
**

Nous ne pouvons mieux résumer les observations faites dans ces paragraphes qu'en notant les moyennes des écarts observés entre les indices de mémoire immédiate (test de fixation) et d'attention réactive, dans différents groupes de troubles mentaux.

Nous trouvons, dans le tableau suivant, des indications sur la gravité de l'atteinte privilégiée de la « rétentivité » mnésique. Le chiffre cité indique, pour chaque groupe, l'écart moyen entre les deux épreuves :

Paralysie générale, groupe 1	5,6
Intoxication CO	5
Alcool. chron., groupe 1	4,4
Tumeurs cérébrales	4 et c
Débiles mentaux légers	3,8
Psych. hall. chron., groupe 1.....	3,1

Citons encore, à titre de comparaison, ces cas beaucoup moins significatifs :

Déments précoces, groupe 1	2,5
Débiles profonds	1,7
Déments précoces, groupe 2	1

Enfin, dans les cas d'évolution et de dissolution, nous avons les rapports inverses :

Imbéciles	— 2
Déments séniles, groupe 3	— 1,8

Nous voyons donc à quel point une fonction que l'on peut considérer comme « retentivité » pure peut-être atteinte, indépendamment de la capacité de concentration de l'esprit.

§ 4. — Mémoire et représentation mentale

Si la mémoire dite de fixation peut être ainsi isolée des tests d'attention, il ne sera pas sans intérêt de se demander si elle n'a pas de rapports assez étroits avec la capacité de « *représentation mentale* » du sujet. Un malade peut être dans l'impossibilité de se représenter, même d'une manière immédiate, quelques objets ou quelques images présentés à lui, puis cachés à sa vue, alors qu'il pourrait très bien se représenter mentalement et tenir fixée dans le champ de son aperception une série de lettres d'un mot, connu par exemple, et les réciter ensuite à rebours.

Une question préliminaire se pose cependant ici. On peut, en effet, faire remarquer que cette épreuve, généralement qualifiée « d'imagination » ou de « représentation mentale », requiert, avant tout, une certaine possibilité d'attention, faute de laquelle sa réalisation serait impossible. De là, nous avons d'abord à nous préoccuper de ses rapports éventuels avec le test d'attention réactive.

En général, nous constatons que les tests d'attention réactive et de représentation mentale donnent des résultats parallèles : quand une divergence apparaît, il se produit une légère déficience du test de représentation mentale en rapport avec la déficience du test de mémoire de fixation. Nous n'avons trouvé d'écart très marqué que dans un cas d'intoxication par l'oxyde de carbone (obs. 48) : le malade, ayant conservé une attention intacte, n'obtenait que l'indice 5 pour le test de représentation mentale. La faiblesse de la représentation mentale était ici nettement liée à la déficience de la mémoire de fixation. Différence entre les indices de ces tests : 5.

Viennent ensuite :

Un cas de tumeur cérébrale préfrontale *après opération*..	3
Débilité mentale légère	2,8
Alcoolisme chronique, groupe 1	2,5
Paralysie générale du groupe 1	2,1

Il faut noter qu'ici encore les cas de *psychoses hallucinatoires chroniques* se présentent différemment :

Dans cette catégorie, nous notons les observations 51 du groupe 1 et 59 et 60 du groupe 2, dans lesquelles, malgré l'atteinte de l'attention réactive, la représentation mentale reste bonne (de même d'ailleurs que l'attention perceptive, comme nous l'avons vu plus haut : voir le graphique 6). La représentation mentale reste vive, malgré le trouble de la mémoire et de l'attention.

Enfin, il est possible de faire un pas de plus dans l'examen de cette question, en envisageant les cas suivants :

Certains malades, qui présentent une forte dissociation des fonctions d'attention et de mémoire de fixation, la première étant intacte, la seconde très faible, gardent une assez bonne représentation mentale. Nous nous trouvons donc en présence de sujets dont l'aperception et la reproduction immédiate des éléments sensoriels (tant imagés qu'abstraits) est devenue défectueuse, mais qui conservent une assez bonne vision mentale, telle qu'elle leur permet, par exemple, de se représenter mentalement et de fixer attentivement les lettres d'un mot assez long, puis de les réciter à rebours.

On constate ici la nette dissociation entre la capacité d'appréhension et de reproduction d'éléments nouveaux et la capacité d'aperception d'éléments déjà donnés, connus, opération qui ne requiert pas un effort de mémoire, ou du moins qui suppose un usage de la mémoire tout différent.

Voici le tableau des différences moyennes entre le test de représentation mentale (supérieure) et le test de mémoire de fixation :

1 cas d'intoxication par l'oxyde de carbone (49)	4
1 cas de tumeur cérébrale (obs. 113)	4
Paralysie générale, groupe 1	4
Amnésies essentielles	2,5
Maniaques (dans la période hypomaniaque)	2,3
Mélancoliques, groupe 2 (anxieux)	2,1
Psychoses hallucinatoires chroniques	2,1
1 cas d'intoxication par l'oxyde de carbone (obs. 50)	2

En résumé : chez tous ces malades, il semble que ce soit bien l'appréhension et la reproduction d'éléments nouveaux qui soit atteinte, alors qu'ils ont gardé la capacité d'une bonne vision mentale. L'attention joue certainement un grand rôle dans cette épreuve. Toutefois, certains cas cités de psychose hallucinatoire chronique nous montrent que cette capacité de représentation mentale (de même, parfois, que l'attention perceptive) peut être seule intacte, le malade présentant une déficience marquée aussi bien de l'attention réactive que de la mémoire.

Il se pourrait donc que cette fonction fût, non seulement conservée, mais même hypertrophiée par rapport aux autres, dans quelques cas de psychoses hallucinatoires.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Juin 1933

Présidence : M. Georges DUMAS, président

PRÉSENTATIONS

Epilepsie traumatique. Crises hallucinatoires et accès d'automatisme ambulatoire tantôt conscients et mnésiques, tantôt inconscients et amnésiques, par M. L. MARCHAND, Mlle DESCHAMPS et Mlle TRUCHE.

Le cas suivant peut servir à démontrer que chez un même sujet épileptique des accidents d'épilepsie psychique (crises hallucinatoires, automatisme ambulatoire) se présentant sous la même forme syndromique peuvent être tantôt inconscients et amnésiques, tantôt conscients et mnésiques.

G. Charles, facteur auxiliaire, âgé de 35 ans, est interné le 14 avril 1933, à l'asile Ste-Anne.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels importants. Pas d'excès éthyliques.

Traumatisme crânien grave à 22 ans. Un tonneau de 220 litres a roulé sur lui. Blessures graves de la face et du crâne. Perte de connaissance de plusieurs heures après l'accident. Actuellement, on note, outre de nombreuses cicatrices de la face, un léger enfoncement à la région frontale gauche.

Céphalée continue dans la suite et début des absences comitiales quelques semaines plus tard. Celles-ci sont devenues presque journalières. G. perd conscience, reste immobile pendant quelques secon-

des, puis revient à lui. Il lui arrive souvent de s'arrêter brusquement dans la rue, ou au cours de son travail devant le casier des lettres qu'il doit trier. Une seule fois, morsure de la langue ; pas d'émission d'urine, pas de salivation mousseuse, pas de chute.

Quatre mois après le traumatisme cranien, première crise hallucinatoire d'une durée d'une minute environ. Vision de sept Allemands le poursuivant à coups de grenade, le fusil à la main, le menaçant en allemand. Pas d'amnésie consécutive. En réalité, cet accès consistait en la représentation hallucinatoire d'une scène vécue pendant la guerre, en 1918, à Jonchery, avec réveil des perceptions et des sentiments éprouvés alors.

Depuis, ces accès hallucinatoires se sont reproduits souvent, revêtant toujours la même forme, variant comme durée de quelques minutes à une heure environ, mais ils ont toujours été suivis d'amnésie. Ils sont précédés d'une aura ; G. a la sensation d'une boule qui lui monte à la gorge, et quelques secondes après a lieu la crise hallucinatoire. C'est toujours la même vision des sept Allemands qui le menacent. Le sujet ne se souvient de rien et ce sont les personnes qui ont assisté à l'accès qui le lui ont dit. Il gesticule, se débat, parle, cherche à se défendre, se contusionne, et il faut le maîtriser. Une fois, il a sauté par la fenêtre pour se sauver ; une autre fois, il a failli étrangler sa femme croyant tenir un Allemand.

Peu de temps après la première crise hallucinatoire, premier accès d'automatisme ambulatoire suivi d'amnésie complète ; ces accès, qui se sont reproduits ensuite sept à huit fois par an, sont identiques, ne varient que comme durée, les plus courts durant quelques minutes, les plus longs, plusieurs heures. G. quitte son domicile à n'importe quelle heure et se retrouve à plusieurs kilomètres de chez lui. On lui a dit qu'il titubait pendant la marche.

Quatre fugues ont été particulièrement importantes :

En avril 1925 (il avait 28 ans), G. était restaurateur à Pau. Il est parti l'après-midi à pied et n'est revenu à lui qu'à 4 heures du matin. Il avait parcouru 33 kilomètres et se trouvait en face de la grotte de Lourdes, de l'autre côté du Gave de Pau. Il s'était endormi dans un fossé, le long de la route. Ses vêtements étaient sales, ses souliers usés. Il n'avait rien dépensé, car il a retrouvé sur lui la somme qu'il avait la veille. Amnésie totale portant sur toute la fugue.

Deuxième fugue en 1927, à l'âge de 30 ans. G. était maître d'hôtel à l'hôtel de Paris, à Monte-Carlo. Il est parti vers 6 heures du soir habillé en smoking, et il s'est réveillé à 4 heures du matin, à Marseille, dans un wagon garé à la station de la Blancarde. On lui avait volé son argent, son stylo et sa montre. Amnésie totale.

En septembre 1929, à l'âge de 32 ans, troisième fugue. Il a quitté vers 9 heures du soir le restaurant où il travaillait à Nice, pour rentrer chez lui. Il n'est revenu à son domicile qu'à 3 heures du matin. Sans avoir repris conscience, il s'est couché, puis a voulu

étrangler sa femme. Il n'a repris conscience que dans la matinée, mais il est resté encore obnubilé plusieurs heures et a été interné à l'asile St-Pons, à Nice. D'après ce que lui a dit sa femme, quand il est rentré, il avait perdu ses manchettes, il était trempé par la pluie, ses souliers étaient remplis de boue.

Quatrième fugue à la suite de laquelle il a été interné à Ste-Anne. Le 10 avril 1933, à 1 h. 30 de l'après-midi, il allait habillé en facteur chercher le courrier à la gare de Nice. Il a vu tout-à-coup les sept Allemands de Jonchery sortir d'un kiosque qui se trouve en face de la gare. Il eut alors l'idée de partir pour Jonchery « pour en finir avec eux ». Il prit un billet pour Paris. Il ne se rappelle pas comment il a voyagé, avec quelles personnes il était, comment il a satisfait ses besoins naturels. Arrivé à Paris, il a été à pied de la gare de Lyon à la gare de l'Est, a pris un billet pour Reims, puis a été à pied de Reims à Jonchery (neuf kilomètres). Il a retrouvé l'endroit où il avait été poursuivi par les Allemands pendant la guerre ; il a repris conscience vers une heure de l'après-midi, alors qu'il était sur les bords de la Vesle, toujours habillé en facteur. Il s'est rendu compte qu'il venait d'être malade, mais il se trouvait encore obnubilé. Il se rappelle vaguement qu'il a déjeuné à Jonchery, qu'il a pris vers une heure et demie un billet pour revenir à Paris, où il est arrivé vers 4 heures. Il s'est alors rendu chez un ami qui est député. Celui-ci était absent. G... s'est rendu à la Chambre des Députés. Là, il s'est senti de nouveau, suivi ; il s'est retourné et a vu de nouveau les sept Allemands qui le menaçaient. Il est entré au poste de police pour demander protection. Il a été conduit à l'infirmerie du Dépôt et ensuite à St-Anne. Cette dernière fugue est partiellement mnésique.

Dès son arrivée dans notre service, ce malade avait recouvré son état normal. Il trouvait ridicule, stupide, et saugrenue, cette idée d'aller de Nice à Jonchery pour en finir avec des Allemands qu'il voyait devant lui à Nice.

Plusieurs fois, G. a été hospitalisé à l'hôpital de Nice, trouvé égaré dans la rue. Il a été interné à l'asile St-Pons, de Nice, trois fois, en 1929 (séjour d'un an), en 1930 (4 mois) et en 1932 (15 jours).

On ne note aucun symptôme d'une affection organique du système nerveux. Rien de particulier dans les divers appareils. Aucun stigmate pithiatique.

Ainsi, chez ce sujet, l'épilepsie post-traumatique se traduit par des absences classiques, par des crises hallucinatoires et par des accès d'automatisme ambulatoire. La première crise hallucinatoire a été consciente et mnésique, les autres inconscientes et amnésiques. Elles ont été cependant identiques comme forme, et chaque fois le malade a revécu le même épisode de guerre.

Les accès d'automatisme ambulatoire ont toujours été inconscients et amnésiques, sauf le dernier, pendant lequel le malade

a été de Nice à Jonchery. Cette dernière fugue a débuté par une crise hallucinatoire qui elle aussi est restée consciente et mnésique.

M. G. DUMAS. — Flaubert lui aussi avait, pour aura de ses crises, la vision d'une scène émouvante de sa vie, celle d'un accident de voiture qui lui était survenu.

Epilepsie psychique partiellement consciente et mnésique. Délire d'influence explicatif transitoire consécutif aux accès, par M. L. MARCHAND, Mlle DESCHAMPS et Mlle TRUCHE.

L'observation suivante nous paraît intéressante à divers points de vue. Chez notre malade, les accès d'automatisme que nous rattachons à l'épilepsie sont suivis d'un délire d'influence transitoire, le sujet cherchant à expliquer les actes absurdes qu'il a accomplis.

Br., âgé de 41 ans, brigadier d'octroi, divorcé depuis plusieurs années, entre à l'asile Ste-Anne le 12 février 1932.

Ce sujet a présenté, à 39 ans, son premier accès d'automatisme ambulatoire qui a nécessité l'internement. Il s'est levé la nuit pour aller tuer sa femme avec laquelle il était divorcé. En arrivant devant la porte, il a fait un signe de croix et s'est sauvé ; il a suivi le canal St-Martin, et de là a gagné Boulogne-sur-Seine. Il a rencontré un cousin qui partait pour Châtellerault, et l'a accompagné ; tout le long du trajet il n'a fait que discuter, son cousin a remarqué qu'il n'était pas dans son état normal. Arrivé à Châtellerault, il a donné sans motif un coup de poing à un individu qui passait, puis il s'est mis à courir sans savoir où il allait ; il est entré dans une caserne où il a été arrêté. Il a dit aux agents « qu'il voulait s'engager dans la marine ». Il a été interné à l'asile de Poitiers où il est resté un mois et demi. De toute cette période le malade n'a conservé qu'un souvenir confus. Il s'est retrouvé à l'asile de Poitiers sans savoir comment il y avait été amené. Ces renseignements nous ont été fournis par sa mère.

En 1931, à l'âge de 40 ans, nouvel accès d'automatisme. Il était chez sa mère ; il a déchiré un rideau de fenêtre dont il s'est servi pour envelopper une paire de souliers ; il est parti, a acheté un pardessus qu'il n'a plus jamais porté. Il est revenu voir sa mère trois jours plus tard et lui a demandé pourquoi elle avait mis le rideau dans son paquet. Il n'avait gardé aucun souvenir de cet acte ni de l'achat du pardessus.

En 1932, le malade est interné dans notre service à la suite des circonstances suivantes. La veille de l'internement il avait eu l'idée

qu'il rencontrerait son ex-femme au cinéma de Marigny ; il se sentait heureux ; il a dîné rapidement et a pris un taxi pour se faire conduire au théâtre, ce qui n'est pas dans ses habitudes. Il a donné 2 fr. de pourboire au chasseur. Il était environ 8 h. 15, il n'y avait encore personne à l'entrée du théâtre, il a pris une place de 15 fr. et a donné 5 fr. à l'ouvreuse. Il a assisté au film ; en sortant, il n'avait plus l'idée qu'il était venu pour retrouver son ex-femme. Il ne se rappelle pas comment il est rentré chez lui. Le lendemain matin, il a erré sur les boulevards, puis, vers 11 heures, il a pris un « Pernod ». C'est alors qu'il s'est dirigé vers le quartier où son ex-femme tient un magasin ; il avait oublié qu'il était divorcé ; il éprouvait de nouveau un sentiment d'euphorie ; il se croyait attendu. Il est entré dans la boutique. Comme il s'approchait de sa femme pour la caresser, celle-ci prise de peur a crié. Il a pris un objet qui se trouvait sur le comptoir et s'est sauvé en courant ; dans la rue, il s'est aperçu que c'était une serviette de cuir. Il a été arrêté par les agents quelques centaines de mètres plus loin.

A son entrée à l'asile, obtusion intellectuelle, aspect égaré. Sur la feuille de renseignement qu'on lui fait remplir, il écrit son nom en deux mots et en dehors des lignes ; il ne peut répondre aux autres questions écrites. Le lendemain, nous lui montrons la feuille de renseignements ; il ne veut pas admettre que c'est lui qui a écrit son nom de cette façon, et ne peut s'expliquer qui a fait marcher sa main.

Outre ces accès d'automatisme ambulatoire, Br. a présenté antérieurement d'autres phénomènes d'automatisme.

Il y a 8 ans, il a bu en une heure sept Pernods, il ne peut expliquer pourquoi il a fait cet excès de boisson lui qui a toujours été sobre. Deux fois, il a frappé brusquement sans motif une de ses sœurs, l'a empoignée par la tête qu'il cogna à plusieurs reprises contre une porte, puis il s'est sauvé. Amnésie totale portant sur ces actes de violence.

En mars 1931, il a écrit à la Préfecture de police pour se plaindre des rayons qu'on lui envoyait la nuit ; il prétend n'avoir jamais écrit la lettre qui existe à son dossier.

En juillet 1931, il est resté assis toute une journée sans bouger dans un café, buvant beaucoup, il ne comprend pas pourquoi il a agi ainsi, ce qui est contraire à ses habitudes.

La même année, il a frappé violemment un camarade à un cours de dessin, parce que celui-ci regardait ce qu'il faisait ; il a été conduit au commissariat de police et renvoyé des cours.

Actuellement, à l'asile, le malade a des périodes pendant lesquelles il est absolument normal ; par contre, souvent la nuit il accomplit des actes absurdes ; il a essayé, par exemple, d'allumer le chauffe-bain ; il reste parfois debout près d'une fenêtre après avoir déposé sa glace de poche près du veilleur, ou bien il se couche sur le plancher. Le matin, il se souvient parfois, mais pas toujours, de ces actes. Dans la journée, il lui arrive de marcher sans arrêt dans la

cour, parlant rarement aux autres malades ; il éprouve un violent besoin de changer de lieu, de voyager. Pendant ces périodes, il a manifesté fréquemment des impulsions violentes.

Antécédents héréditaires. — Père mort de diabète à 62 ans. Mère, âgée de 64 ans, nerveuse. Une sœur, âgée de 40 ans, qui a présenté dans l'enfance des troubles nerveux.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions infantiles.

A l'âge de 8 ans, premier accès d'automatisme. Parti avec une brouette pour ramasser du crottin sur la route, il a marché droit devant lui pendant toute l'après-midi, c'est une personne qui, l'ayant rencontré le soir, l'a ramené chez ses parents.

Br. a obtenu son certificat d'études à 11 ans ; il a suivi ensuite des cours complémentaires. A 18 ans il s'est engagé. Fièvre typhoïde grave à 19 ans. Il est resté en captivité en Allemagne de 1916 à la fin de la guerre. A la suite d'une tentative d'évasion, il a reçu plusieurs coups de matraque sur le crâne.

D'après sa mère, c'est depuis son retour de captivité que le caractère du malade aurait changé. Accès brusques de colère sans raison ; il se fâchait dès qu'on le regardait. Dans ses colères, il devenait pâle, blême.

Marié à 30 ans, il a fréquemment battu sa femme pour des futilités, l'a même blessée à la figure. Celle-ci a demandé le divorce 3 ans après leur mariage.

D'après les renseignements donnés par sa mère, à plusieurs reprises, il lui est arrivé d'être pris dans la journée d'un irrésistible besoin de dormir ; il se mettait sur son lit, se levait brusquement un quart d'heure plus tard, puis se sauvait comme s'il était poursuivi. Il était également sujet à des accès de somnambulisme. Plusieurs fois, pendant la nuit, il se levait, s'habillait, puis se recouchait. Pendant ces crises, il disait qu'il entendait la T.S.F. et il craignait la police. Amnésie consécutive.

La soudaineté d'apparition et de disparition des troubles mentaux, leur brièveté, leur périodicité, le comportement automatique du sujet pendant l'accomplissement des actes, la dysmnésie consécutive nous incitent à rattacher à l'épilepsie psychique ces manifestations mentales, malgré l'absence des accidents épileptiques classiques, absences, vertiges, accès convulsifs. Nous ne voyons pas quel autre diagnostic pourraît être posé. Le fait que l'amnésie est parfois incomplète ne permet pas d'éliminer ce diagnostic car les exemples sont aujourd'hui nombreux d'épileptiques présentant des troubles mentaux de nature comitiale dont ils gardent le souvenir.

Mais il est un autre ordre de troubles mentaux présentés par ce sujet sur lesquels nous tenons à insister car, comme nous le montrons plus loin, les observations de ce genre sont rares.

Après chaque accès d'épilepsie psychique, ce malade présente momentanément un syndrome délirant d'interprétations explicatives sous forme de délire d'influence. Pendant un ou plusieurs jours, il cherche dans une influence extérieure l'explication des actes absurdes qu'il a pu accomplir, puis le délire disparaît. Voici quelques exemples pris dans les écrits ou les dires du malade et résumant le thème délirant. « Il se trouve à l'état de médium », « sa volonté ne lui appartient plus, on le fait passer d'un état à l'autre »... « Il se demande s'il n'est pas un sujet d'expériences pour les hôpitaux... » « On agit sur lui, sa volonté est entre des mains d'étrangers qui lui veulent du mal... » « On veut se servir de lui contre sa volonté... » Il lui vient « des pensées confuses et souvent obscènes qui ne sont pas à lui et qui lui semblent être le reflet des pensées qui émanent des personnes qui l'entourent »... « on doit agir sur lui pour renseigner la politique, les finances, l'étranger », « ses idées s'en vont comme une transmission de pensée à travers la paroi du cerveau ».

Il semble que l'on puisse trouver l'explication de ces phénomènes psychiques secondaires dans l'exagération post-paroxystique du caractère spécial du malade à tendances paranoïaques. En effet, même dans ses bonnes périodes, ce malade présente un caractère orgueilleux, méfiant, avec tendances hypocondriaques et interprétatives. Il est satisfait de ce qu'il fait. Sa méfiance se manifeste à l'égard du médecin et du personnel ; il refuse les médicaments ; il s'analyse continuellement, se préoccupe de sa santé, se croit atteint parfois d'une plaie à la tête et aux poumons.

Cette observation est à rapprocher de celles publiées à l'étranger par Gaupp (1) et en France par Merklen et Heuyer (2), et récemment par le professeur Claude (3).

Dans le cas de Gaupp le délire d'influence fait suite aux hallucinations et aux idées délirantes qui surviennent au cours de l'état crépusculaire post-épileptique. Dans l'observation de Merklen et Heuyer (2) il s'agit d'une débile paranoïaque présentant des crises convulsives épileptiques, suivies d'impulsions motrices et verbales mnésiques ayant déterminé par induction un délire d'influence. Dans une des observations du professeur Claude (3)

(1) Gaupp. — Zur frage der Kombinierten Psychosen. *Centralb. f. nerv. and Psych.*, 1903, p. 766.

(2) Merklen et Heuyer. — Epilepsie à forme mnésique. *Société de psychiatrie*, 21 juin 1923.

(3) H. Claude. — Sur quelques formes de délire épileptique (obs. 2 et 3). *Progrès médical*, 14 mai 1932.

un malade, ancien épileptique avéré, n'étant plus atteint que la nuit de certains équivalents psychiques à caractère onirique, a consécutivement l'impressoin qu'on agit sur lui et ébauche un délire d'influence transitoire.

Dans une autre observation du professeur Claude, la malade atteinte d'équivalents épileptiques psychiques, cherche logiquement l'explication de sa perte de contact avec la réalité dans des interventions extérieures. Dans notre cas, le délire d'influence n'a qu'une courte durée et, après sa disparition, le malade reconnaît l'absurdité de ses interprétations.

M. Courbon. — Le terme « explicatif » employé par les auteurs pour qualifier ce délire est très heureux. En effet, puisqu'il est transitoire n'existant que pendant les jours qui suivent les états seconds, et est rectifié pendant toutes les périodes de lucidité, ce délire ne saurait être considéré comme l'expression de la personnalité paranoïaque du sujet. Il est le résultat d'une erreur commise par celui-ci alors qu'il est imparfaitement lucide, dans son effort pour trouver une cause aux phénomènes anormaux qu'il a constatés sur lui-même.

C'est un exemple qui prouve que, ainsi que je me suis efforcé de l'établir, notamment ici dans la séance du 9 février 1933, on doit distinguer deux mécanismes différents dans la genèse des délires systématisés : 1° le mécanisme de l'explication qui n'a en soi-même rien de pathologique, puisqu'il procède du besoin d'application du principe de causalité, besoin inhérent à tout esprit humain ; 2° le mécanisme de l'interprétation qui est foncièrement pathologique, car il révèle une hypertrophie de l'égocentrisme du sujet, pour lequel rien ne se passe dans le monde sans qu'il s'y croit intéressé.

Sclérodermie généralisée au cours d'un syndrome de démence précoce, par M. A. Courtois et Mme Y. André.

Il est toujours intéressant d'étudier les cas où des troubles mentaux sont associés à d'autres affections même rares et encore mal connues. C'est à ce titre que nous rapportons la présente observation.

Mlle M. Marthe, 37 ans, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 2 mai 1933.

Antécédents. — Père mort à 72 ans. Mère bien portante, débile. Cinq frères et sœurs seraient en bonne santé, trois seraient morts de

maladies diverses. La malade elle-même n'eut pas de convulsions, pas de délire, pas d'affections graves. Elle a été traitée, à l'adolescence, pour « lésion » d'un sommet pulmonaire. Une radiographie en 1926 ne montre rien d'évolutif.

Première entrée à 30 ans, en septembre 1926, à la suite d'une tentative de suicide au cours d'un accès anxieux. Pendant son séjour, on note alors des troubles du caractère, de l'indifférence affective, une attitude souvent discordante et le diagnostic de démence précoce est déjà porté à la sortie (25 décembre 1926).

Surveillée alors par le Service social, elle se montre pendant quelques mois instable, fatigable et on signale à plusieurs reprises qu'elle dort « tout le temps ».

Elle reprend cependant son travail de sténo-dactylo jusqu'en avril 1929 et présente alors de nouveaux troubles mentaux. Excitation intense, crises d'allure névropathique. Elle est placée à l'asile Sainte-Anne avec les certificats suivants : « Psychose atypique procédant par accès intermittents. Entrée dans le service dans un état d'excitation psycho-motrice rappelant l'accès maniaque, avec loquacité, propos incohérents, fuite d'idées, agitation violente et maniérée, exubérance, emphase, théâtralisme, elle présente ce matin une attitude inverse de dépression avec immobilité, inertie, mutisme, opposition, refus d'aliments, gâtisme. » (R. Dupouy). « Etat d'excitation atypique. Agitation psycho-motrice avec logorrhée, jeux de mots, propos incohérents ou mystiques. Idées d'influence, on agit sur elle, on la torture, on la force à crier, on lui a persécuté la conscience. Attitudes théâtrales, Propos déclamatoires. Maniérisme. Sourires, refus d'aliments. Insomnie. Etat saburral des voies digestives. Violences. » (A. Courtois).

Cet état reste sans grands changements par la suite, avec excitation ou dépression et mutisme. Trénel puis M. Capgras (1) l'observent et concluent tous deux également à la démence précoce.

En novembre 1932, profitant d'une période de calme, la mère reprend la malade chez elle.

A signaler que depuis février 1932, les règles sont supprimées, alors qu'elles avaient été normales jusqu'à ce moment.

C'est en mars 1933 que la mère remarque les premières manifestations de la sclérodermie. Elle note de la maladresse des mouvements, puis observe que les articulations des poignets et des doigts deviennent rouges et se déforment. On ne peut faire préciser le détail des phénomènes ; on ne sait pas, en particulier, s'il y eut de la fièvre. Mais à partir de ce moment, la malade perd l'appétit, présente des périodes d'agitation anxieuse. Il faut la faire hospitaliser à nouveau et elle entre dans le service le 2 mai.

(1) Nous tenons à remercier le Dr Capgras des renseignements qu'il nous a aimablement transmis sur cette malade.

Le syndrome sclérodermique attire alors l'attention. Il est généralisé, mais prédomine au niveau de la face et surtout des membres. La peau du visage est comme rétrécie, le nez cartonné, les lèvres amincies et tirées aux commissures, ne couvrent plus les dents. Immobilité des traits et absence de mimique. Aux mains, les doigts diminués de volume sont rétractés et presque immobilisés en griffe ; la peau y est devenue lisse, luisante et sèche. Les membres amaigris donnent à la palpation l'impression d'être entourés d'une gaîne de cuir, les muscles apparaissent durcis, comme ayant perdu leur élasticité. Enfin, les articulations sont plus ou moins bloquées dans leurs mouvements (tibio-tarsiennes, genoux, coudes et surtout poignets, où l'immobilisation est presque complète). Le tronc et l'abdomen paraissent moins atteints. Cependant, là comme sur le reste du corps, la peau est de teinte brunâtre rappelant l'addisonisme ; elle a perdu sa souplesse, est sèche, écailleuse, et paraît épaissie. A signaler l'absence de douleurs au niveau des articulations, sauf dans les mouvements forcés d'extension et de flexion.

Le Pr Gougerot, à qui la malade a été présentée, MM. Tinel et Weissmann, qui voulurent bien l'examiner aussi, confirment le diagnostic de sclérodermie aiguë généralisée.

Réflexes tendineux vifs, égaux. Pupilles et motricité oculaire normales.

L'état général est médiocre. La malade, qui est une longiligne (1 m. 69), ne pèse que 43 kilos. (Elle pesait 54 kilos en 1926). Tension artérielle 13-8. Ind. oscill. : 2 (Pachon). Absence de fièvre. Le corps thyroïde n'est pas perceptible. Le métabolisme basal n'a pu être pratiqué en raison de l'agitation.

L'état mental actuel ne nous retiendra guère. Après une période d'agitation anxieuse avec refus d'aliments ayant nécessité le sondage, la malade est plus calme, absolument inactive, elle erre dans la salle, comme une âme en peine, répétant seulement quelques phrases stéréotypées, « je ne sais plus », « qu'est-ce qu'il y a ». Elle passe de longs moments au lavabo, se met nue et se regarde dans la glace. Elle s'oppose parfois, mais sans violences. A noter quelques interprétations des sensations périphériques : ne se reconnaît plus, est comme « en carton », d'autres fois se dit coupée en deux et se plaint qu'on lui ait « tourné les membres ». Une radiographie tentée malgré l'indocilité de la malade ne montre pas de lésions significatives des os du poignet.

Sang : urée 0,20 ; sucre 0,80 ; cholestérine 1 gr. 80 ; calcium 0,079 (norm.) (Mlle Rüssell). Ex. hématologique : glob. rouges 3.920.000 ; leucocytose polynucléaire : 18.000, dont 81 0/0 de polynucl. neutrophiles; grands mono. : 3 ; moyens : 6. Hémoglobine 73. Valeur globulaire 0,93 (Mlle Salamon). Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Un examen du sang pratiqué pendant le séjour à l'asile avait donné un même résultat négatif pour la syphilis. La réaction de Vernes (résorcine) était normale, à 18.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,25. Leuco 0. Benjoin 00000. 12221.00000.

Dans les urines : acétone, urobiline, sels biliaires, seulement pendant la période de refus d'aliments.

Il ne semble pas d'abord que les diagnostics tant de démence précoce que de sclérodermie puissent être discutés. Nous n'insisterons donc pas sur ce point. Et nous rapportons cette observation surtout en raison de la rareté de l'association d'une sclérodermie et d'un syndrome de démence précoce, rareté qui pourrait même faire penser qu'il s'agit là d'une association fortuite. Cependant une autre hypothèse doit être envisagée qui tendrait à rapporter ces deux syndromes à une même origine. On ne sait pas exactement quelle est la pathogénie de la sclérodermie et l'on a invoqué les altérations des glandes à sécrétion interne de l'ovaire, de la surrénale, mais principalement de la thyroïde. D'autre part, M. Heuyer (1) signale que la sclérodermie généralisée est, « dans de nombreux cas, survenue au cours d'affections organiques de la moelle ou du cerveau, sans qu'on puisse en préciser le rôle étiologique ». Ce syndrome apparaît enfin pour certains auteurs comme la manifestation d'un trouble de la régulation vaso-motrice surtout cutanée (2). Or, on connaît bien au cours des états de démence précoce, qui sont conditionnés par des altérations cérébrales, la fréquence d'un syndrome périphérique qui apparaît un peu comme l'inverse de celui réalisé par la sclérodermie et caractérisé par un pseudo-œdème des extrémités qui augmentent de volume, deviennent soufflées, souvent cyanosées et le siège d'une importante hyperhydrose. Ne pourrait-on pas voir dans les deux cas l'expression d'un trouble inverse de la régulation vaso-motrice qui serait commandée par les centres nerveux encore mal localisés dans les zones végétatives du névraxe.

Ce n'est là bien entendu qu'une hypothèse ; du moins permettrait-elle de rapporter à un facteur unique, une altération évolutive des centres nerveux, les deux syndromes que l'on observe associés chez cette malade.

M. Marchand. — Cette malade a non seulement de la sclérodermie, mais encore une sclérose généralisée des muscles et des articulations.

(1) *Nouv. Traité de Médecine*, fasc. XXI, p. 515.

(2) Voir : Les sclérodermies. Réun. derm. Strasbourg, 26 mai 1929. *Bull. de derm. et syphiligr.*, p. 877-1015.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je ne crois pas que le syndrome physique et le syndrome mental de cette malade aient le même substratum. En effet, la sclérose est tout à fait exceptionnelle dans la démence précoce. La sclérodermie a, ainsi que l'a montré Touchard, pour substratum des lésions périphériques consistant dans l'inflammation des petits vaisseaux.

Réaction du benjoin de type méningitique sans signes méningés cliniques chez un débile évoluant vers la démence précoce, par MM. A. COURTOIS et M. ALTMAN.

Il n'est pas rare d'observer en pathologie mentale, au cours de syndromes divers, une précipitation du benjoin colloïdal plus ou moins étendue dans la zone dite méningitique. Ces faits ne semblent pas avoir jusqu'ici grandement retenu l'attention des auteurs et nous nous réservons d'y revenir ultérieurement d'une façon systématique. L'observation suivante est remarquable par l'importance de la précipitation du benjoin dans la zone méningitique comparable à celle d'une méningite aiguë, alors qu'il n'existe aucun signe méningé clinique.

H. Max, 22 ans, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 12 mai 1933.

Antécédents. — Père alcoolique. Mère, typhoïde grave dans l'adolescence, déséquilibrée dans la suite, écrivait des lettres anonymes, a quitté son ménage depuis longtemps. Un fils mort jeune de diphtérie. Le malade est né à terme après un accouchement normal. Le développement initial ne fut marqué d'aucun incident à retenir.

Vers 8 ans, Max fut atteint de « grippe espagnole ». Etat grave avec délire surtout nocturne et agitation.

Depuis, l'enfant resta retardé intellectuellement et « différent » dans son comportement. Il n'obtint pas le certificat d'études. Mis en pension, on le trouve nonchalant, paresseux, « dormant toujours ».

Son père ne peut le conserver avec lui et le confie à des tantes qui s'efforcent en vain de l'occuper utilement.

Indifférence affective vis-à-vis des siens. Instabilité. Mendacité, tendance aux fugues. Quitte ses places dès qu'il a quelqu'argent, le dépense à des futilités. Vols répétés dont un dans un grand magasin, où il avait pris une paire de gants. Activité spontanée désordonnée. Mysticisme. En Bretagne, où il travaillait dans les champs, on le trouvait parfois servant la messe devant une sorte d'autel construit avec des mottes de gazon, ou cherchant à imiter le costume du prêtre, en sortant sa chemise du pantalon pour en faire comme un surplis. Il

achète aussi des rubans bariolés et se croit ainsi déguisé en cardinal. D'autres fois, il se maquille le visage, porte des bracelets et est tout fier de raconter à sa famille que dans le métro on l'a appelé « petite putain. » Il aime aussi s'amuser avec des poupées.

Enfin, depuis deux mois, outre son inactivité, son indifférence, ses menus vols, ses amusements bizarres mais non dangereux pour la famille, il manifeste des idées de meurtre, disant que cela le pique dans la tête, dans tout le corps et qu'il éprouve alors de fortes envies de tuer quelqu'un. C'est ce qui motive l'admission.

On trouve à l'examen un jeune homme de petite taille (1 m. 52), de constitution débile (réformé au service militaire), enfantine. Le développement sexuel est normal, la disposition pileuse de type masculin. Le jeune homme n'a jamais eu de rapports sexuels ; masturbation.

L'activité spontanée dans le service est presque nulle. Indifférence générale. Tendances mythomaniaques, raconte par exemple à sa famille qu'il ne peut manger que de la soupe, alors qu'il s'alimente normalement. Lectures enfantines. Age mental 10 ans. Q. I. 66 (Terman).

L'examen neurologique montre des réflexes tendineux très exagérés, les rotuliens sont polycynétiques ; les réflexes cutanés plantaires se font en flexion ; les crémastériens, les cutanés abdominaux existent,

Le réflexe palmo-mentonnier est facilement trouvé des deux côtés, le labial n'est pas exagéré ; le naso-palpébral normal.

Il n'existe pas de tremblement, pas de raideur des membres, le faciès n'est nullement figé et on ne trouve pas d'autres signes d'encéphalite épidémique chronique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien fournit des résultats inattendus, tension normale (45 assis). Albumine 0,40. Pandy et Weichbrodt négatifs. Leucocytes 1,2. Benjoin 00000.22222.22211. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs (13,5). Une seconde ponction de contrôle (18-5) fournit les mêmes résultats : 00000.02222.22211. Leucocytes 8 (cette légère leucocytose peut s'observer quelques jours après une ponction).

Il n'existe aucun signe méningé, soit général (céphalées, vomissements), soit local : pas de raideur de la nuque, pas de signes de Kernig de Brudzinski, de Guillain.

Examen oculaire : pupilles égales, réflexes normaux, acuité visuelle 10/10 des deux côtés. L'examen du fond d'œil montrait une légère hyperhémie papillaire le 20 mai, mais quelques jours après la ponction lombaire ; il est devenu normal le 2 juin. Pas de paralysie oculomotrice ni de défaut de convergence (Dr Lagarde).

Nous n'avons pas constaté de signes d'hérédo-syphilis. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn du sang négatifs. Réaction de Vernes à la résorcine : 14 (normal).

Urines. Traces d'urobiline. Azotémie 0,31. T. A. 11-5 (Pachon). Apyréxie.

Ce qui motive la relation de cette observation c'est l'importance de la précipitation du benjoin dans la zone dite méningée, précipitation complète jusqu'au 13e tube et incomplète jusqu'au 15e. Elle est comparable à la courbe d'une méningite tuberculeuse et contraste avec l'absence de signes méningés cliniques.

Nous avons éliminé une cause d'erreur de laboratoire par un second examen de contrôle qui a fourni les mêmes résultats que le premier. En outre, nous avons tenu à vérifier que le benjoin employé les mêmes jours ne donnait pas, dans d'autres cas, une précipitation anormale.

Il faut remarquer que cette modification du benjoin est isolée. Il n'existe aucune précipitation dans les tubes de la zone dite syphilitique. Par ailleurs, la leucocytose est normale, les réactions spécifiques sont négatives. On trouve seulement une légère hyperalbuminose (0,40) avec réactions dites des globulines négatives.

Comment interpréter ces faits ? Nous pensons que la précipitation pathologique du benjoin est le symptôme résiduel d'une atteinte inflammatoire cérébro-méningée antérieure et nous avons tendance, en l'absence d'autres facteurs (syphilis, tuberculose), à la rapporter à l'infection « grippale » dont le délire exprimait la complication nerveuse.

Quelle affection était exactement en cause ? Il n'est pas possible de le préciser, est-ce la grippe, est-ce l'encéphalite épidémique ? La seconde hypothèse serait appuyée par la somnolence qu'aurait présenté le malade pendant plusieurs années. Mais nous n'observons actuellement pas de symptômes capables d'orienter vers un diagnostic certain. Disons cependant que nous n'avons jamais jusqu'ici constaté une telle anomalie liquidienne dans l'encéphalite épidémique chronique avec parkinsonisme.

Ce qui est sûr, c'est que chez un enfant au système nerveux héréditairement fragile, une atteinte cérébrale aiguë, au cours d'une maladie infectieuse mal déterminée, est suivie de troubles mentaux prolongés : arrêt du développement intellectuel, modifications affectives, puérilisme avec tendances mythomaniaques, préoccupations obsédantes et impulsions, troubles du comportement (vols, fugues), baisse générale de l'activité adaptée ; tous symptômes qui peuvent faire craindre l'évolution vers un syndrome de déchéance progressive. Il faut rappeler encore l'exagération de tous les réflexes tendineux des membres et de certains réflexes de la face.

En l'absence d'autres altérations liquidiennes importantes, l'extension de la précipitation du benjoin dans toute la zone

méningitique, apporte la preuve de la persistance d'un processus encore actif au moins méningé et vraisemblablement cortico-méningé.

De telles altérations sont à rapprocher des lésions inflammatoires cérébro-méningées que les examens histologiques, dont nous sommes surtout redevables à M. Marchand, montrent persistantes dans des cas de ce genre longtemps encore après le début des troubles mentaux et de l'atteinte cérébrale aiguë, parfois lointaine, qui les conditionne.

M. Marchand. — Chez ce sujet, le mot débilité mentale devrait être complété d'un qualificatif pour indiquer que les troubles psychiques vont en progressant.

M. Laignel-Lavastine. — Il serait intéressant de savoir la date d'apparition du syndrome du travesti chez ce garçon. Et je signale à ce propos que dans le prochain numéro des *Amis d'Hippocrate,* une étude sera consacrée à ce syndrome.

Guérisseur, martyre thérapeutique et maisons hantées,
par MM. Laignel-Lavastine, G. d'Heucqueville et B. Klotz.

Les personnes que nous avons l'honneur de vous présenter offrent en commun une systématisation délirante collective : le groupe de maisons qu'elles occupent en banlieue est hantée. Laissons la parole à l'une d'elle, Mme B., qui a bien voulu venir s'expliquer ici :

C'est en 1930 que Mme B., souffrant de douloureuses crises de coliques hépatiques contre lesquelles divers traitements médicaux s'étaient montrés inefficaces, décide, sur les conseils d'une voisine, de s'adresser à un guérisseur. Celui-ci accepte bien volontiers de la soulager. Il déclare que les douleurs sont dues à l'influence d'une personne malveillante qu'il ignore, mais contre laquelle il s'engage à lutter. Un arrangement (à raison de 150 fr. par mois), est aussitôt conclu et le traitement commence. La malade se rend chaque semaine, en compagnie de sa sœur, chez le guérisseur.

Les séances sont longues. Le guérisseur fait mettre sur la tête de la patiente un bonnet rempli de clous. Il attache autour de ses bras et de ses jambes des bracelets hérissés d'autres clous. Puis il lui fait subir des massages assez rudes. Il ordonne que chaque soir, entre onze heures et minuit, elle allume des petits paquets de paille destinés à chasser les esprits malfaisants. La nuit, elle doit fixer obliquement, en travers de son dos, un petit sabre.

Bientôt, on le conçoit, le port de ces bracelets cloutés, les massages, le sommeil dans la position incommode exigée, enfin l'attitude du guérisseur, entretiennent chez Mme B. un état de nervosité et de surmenage marqué, qu'aggravent encore de fréquentes migraines. Si épuisée qu'elle se dise pourtant par ces manœuvres, elle s'y soumet avec résignation : ses coliques hépatiques ne se sont, en effet, pas reproduites et il est possible, pense-t-elle, de mettre son état sur le compte d'une lutte contre les influences ennemies.

Ce n'est qu'après deux ans de ces manœuvres que la patiente commence à s'étonner de la longueur du traitement, lequel l'épuise de plus en plus. Brusquant le dénouement, le guérisseur prévient alors sa malade que la guérison définitive (du moins il l'espère), aura lieu le 17 mai 1932, à la suite d'une violente lutte contre les personnes qui l'ont envoûtée.

Elle est très impressionnée par cette nouvelle. Avec angoisse elle se prépare à la lutte. Elle pense sans cesse à l'influence d'ennemis, qu'elle est d'ailleurs dans l'incapacité absolue de reconnaître.

Et, dans cette atmosphère de veillée d'armes, des bruits anormaux commencent à se manifester la nuit dans sa maison. Une série de manifestations insolites lui suggèrent, pour la première fois, de parler de maison hantée.

Le 17 mai fatidique, nuit terrible. Mme B. est émue et agitée à l'extrême. Elle éprouve une sensation croissante de malaise. Quelque chose l'étrangle. Elle croit vraiment toute la nuit livrer la lutte annoncée.

Mais, hélas, le lendemain, la guérison ne s'est pas produite. L'agitation, les migraines, l'insomnie, bref tous les symptômes ont persisté. Vive déconvenue. La foi est ébranlée.

Mme B. veut aller se plaindre au guérisseur, mais celui-ci est mort subitement quelques jours auparavant. Cependant des phénomènes inexplicables se produisent toujours dans la maison hantée.

C'est d'abord un tableau qui se décroche dans la chambre et tombe sur le parquet, sans que ni le piton ni la corde qui le soutenaient n'aient cédé. Mais c'est surtout la nuit que des bruits se manifestent. Dès que la lumière est éteinte, des craquements de bois se font entendre. Des bruits de pas résonnent tantôt au-dessus de la chambre, sur le toit, tantôt dans les alentours du pavillon. Souvent ce sont des bourdonnements, des râles informes, des plaintes inarticulées mais expressives.

Si, pour découvrir l'origine de ces bruits, Mme B. allume la lumière et se lève, tout rentre dans l'ordre : elle cherche en vain quelque chose d'anormal dans la maison.

Dans le jardin le chien ne dort pas ; il va et vient autour de sa niche comme en proie à une grande frayeur. Jamais pourtant elle ne l'entend aboyer.

Les bruits se produisent presque tous les soirs. Au début, c'est dans

la seule maison de Mme B. qu'ils se font entendre. Mais à la suite d'une visite de la veuve du guérisseur, la sœur de Mme B., Mme R., qui habite un pavillon voisin, à quelques mètres du sien, constate que les bruits entendus chez sa sœur existent aussi dans sa propre maison. Elle y voit une vengeance de la part du guérisseur. C'est son esprit qui vient hanter ses victimes. Toute la famille commente avec passion ces événements. Et quelques jours après, les beaux-parents de Mme B., qui habitent un troisième pavillon voisin du précédent, découvrent que leur maison est devenue à son tour une maison hantée.

Trois familles habitant trois maisons différentes participent alors à cette croyance pathologique. Ces familles comprennent d'une part : Mme B., son mari et ses deux enfants ; d'autre part, : Mme R., sœur de Mme B., son mari, enfin les beaux-parents de Mme B. Les nuits de toutes ces personnes sont troublées sans cesse par les bruits insolites décrits. Leurs témoignages apparaissent d'une concordance parfaite.

Ils ont invité deux personnes amies à passer la nuit chez eux. Toutes deux n'ont pu dormir, terrifiées par les bruits dont retentissaient les maisons : elles ont refusé catégoriquement d'y coucher une seconde nuit.

Enfin, M. B., excédé, entendant des bruits de pas dans son jardin, sort, un revolver à la main, prêt à tirer au moindre mouvement suspect qu'il aurait aperçu. Et M. R., gardien de la paix, organise des rondes nocturnes autour des trois maisons. Il reconnaît d'ailleurs n'avoir jamais rien remarqué, mais n'en affirme pas moins la réalité de ce qu'il a entendu chez lui.

*
**

Tels sont les faits qui nous ont été rapportés par Mmes B... et R... et dont nous n'avons pu vérifier la réalité, on le conçoit aisément. Plusieurs points méritent examen et discussion, qui légitiment cette présentation.

Les faits mystérieux qui se sont déroulés dans ces maisons hantées apparaissent, considérés objectivement, comme d'une profonde banalité : un tableau tombe du mur, un chien quitte sa niche la nuit, des bruits de pas retentissent dans le jardin, des craquements, des soupirs, des bourdonnements se font entendre dans les maisons. Ces phénomènes ne présentent aucun caractère extraordinaire : partout le silence nocturne est troublé par les mouvements des charpentes et des animaux familiers. Ils ont été seulement remarqués à la faveur de l'excitation psychique des personnages.

Si l'on envisage d'autre part le sens qu'ils revêtent dans l'esprit des sujets, ces faits s'apparentent aux phénomènes décrits en science métaphysique sous le nom de *raps* (bruits

frappés) et même *de matérialisation* (soupirs, plaintes, etc., notion de retour de l'esprit du guérisseur). Laissons de côté, faute de compétence, cet aspect métapsychique. En raison de leur banalité les faits méritent d'être considérés seulement du point de vue subjectif, psychiatrique.

Or, Mme B..., âgée de 41 ans, est une débile manifeste. Elle sait à peine lire et écrire. Son niveau intellectuel, apprécié aux tests habituels, est inférieur à 10 ans. Réflexes vifs. Elle souffre de coliques hépatiques, de migraine, de constipation chronique, de dysménorrhée. Sa persévérance dans la cure fantaisiste imposée, comme sa loquacité incoercible donnent la mesure de sa débilité. Précisons que son récit est exclusivement fondé sur des interprétations ou des illusions. Mme B... ne présente aucune hallucination vraie, aucun automatisme mental. D'autre part, elle n'est pas proprement délirante, elle n'affirme pas la présence de l'esprit du guérisseur, mais suggère seulement cette explication, la plus vraisemblable pour son jugement infantile.

Mme R..., si elle n'est pas le personnage central, n'en a pas moins été le plus actif et le plus influent. Bien que débile comme sa sœur, elle lui est cependant très supérieure. C'est une grande déséquilibrée du système végétatif et de l'émotivité. Ovariotomie double. Dysthyroïdie, tachycardie, réactions vaso-motrices intenses. Métabolisme de base augmenté de 15 %.

Les maris, les enfants, l'amie de province conviée à entendre les bruits mystérieux, semblent avoir adhéré sans critique, mais aussi sans passion, à la thèse des deux sœurs.

Les réactions antisociales des habitants de la maison hantée se sont réduites au minimum : irruption d'un mari dans le jardin, un pistolet à la main. Pas de scandale public, de plainte aux autorités.

Quelle attitude doit prendre le médecin consulté par une telle famille ? La psychothérapie (par persuasion), en raison de l'absence de conviction délirante, peut réussir. Les sédatifs, les agents opothérapiques seront administrés avec fruit aux deux femmes. Le déménagement des deux ménages, ou même leur séparation momentanée, si on pouvait les obtenir, suffiraient sans doute à rétablir l'ordre.

Faut-il isoler les deux sœurs, en cure libre ou dans un asile ? A ce jour, les réactions n'indiquent pas une telle mesure. Si des violences survenaient en l'absence de délire, la rédaction d'un certificat ou d'un rapport concluant à l'internement serait bien malaisée. Nous nous permettons de demander aux membres de la Société, l'attitude qu'ils adopteraient en pareille occurrence.

Psychose périodique et polynévrite. Le traitement des polynévrites par les méthodes anti-choc, par M. J. TINEL.

L'observation des deux malades que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui me paraît poser le problème des relations possible entre la *psychose périodique* et la *polynévrite ;* je parle naturellement de la polynévrite spontanée, autotoxique, sans intervention d'aucune autre intoxication exogène.

Ces deux femmes ont été en effet atteintes, l'une et l'autre, à plusieurs reprises, de *crises dépressives anxieuses* caractéristiques ; et elles présentent actuellement toutes deux, depuis plusieurs mois, un *syndrome polynévritique,* associé chez l'une d'elle, à un syndrome de Korsakoff ; on doit se demander s'il ne s'agit pas là de manifestations de même nature, de même mécanisme pathogénique, ayant la valeur d'équivalents ou de substitutions morbides.

OBS. I. — Notre première malade, Mme Jeanne Tr., âgée de 40 ans, est évidemment une grande nerveuse, très impressionnable ; particulièrement nerveuse, dit-elle, depuis sa grossesse et la naissance de son fils, il y a 10 ans.

Mais dans cet état de nervosité permanente, on distingue nettement toute une série de crises dépressives, accompagnées d'anxiété, de tristesse insurmontable, de phobies, d'obsessions, et parfois d'idées de suicide, crises qui se sont depuis 10 ans répétées à 4 ou 5 reprises différentes.

En particulier elle a présenté, au cours de 1931, une assez forte crise anxieuse, qui a duré 4 mois, soignée à la consultation de l'hôpital Henri-Rousselle, par le Dr Mallet, et où existait déjà l'obsession-phobie de faire du mal à son enfant.

En septembre 1932, à la suite d'un déménagement pour les environs de Paris, qui la met dans des conditions nouvelles de dépaysement, elle est reprise d'une crise de dépression et de tristesse, qui d'abord s'accompagne de troubles digestifs étiquetés « gastralgie aiguë », avec intolérance complète pendant plusieurs jours. Puis, les troubles digestifs disparaissent, la crise devient franchement anxieuse, avec retour violent de l'idée obsédante qu'elle va faire du mal à son fils. A noter que dans les premières semaines de cette crise la malade a abusé de café ; mais, sur les conseils de son médecin, elle avait depuis deux mois déjà supprimé le vin et le café lorsqu'elle est entrée à l'hôpital Henri-Rousselle, en décembre 1932.

Elle était alors, à son entrée, en pleine crise anxieuse, en proie à des obsessions continuelles, avec de vagues idées de suicide.

Il n'existait alors aucune trace de polynévrite et le Dr Schiff, à son premier examen, avait été frappé, au contraire, de la vivacité

extrême des réflexes tendineux, concordant avec la nervosité excessive de la malade.

C'est pendant un séjour même à Henri-Rousselle, sans intervention possible d'aucune intoxication médicamenteuse ou accidentelle (elle ne prenait que de petites doses de gardénal), que s'est installée la polynévrite.

En quelques jours, très rapidement, est apparue une certaine difficulté de la marche avec dérobement des jambes, sensations pénibles d'engourdissement, de refroidissement et de picotement des pieds.

Fait curieux, en même temps que s'installait ce syndrome douloureux et parétique des membres inférieurs, la malade s'étonnait d'être délivrée de ses angoisses et se reprochait comme un manque de cœur l'indifférence soudaine qu'elle ressentait vis-à-vis de son mari et de son fils, et la disparition complète de ses obsessions.

C'est à ce moment que je pus examiner la malade.

Examen, syndrome polynévritique. — Le syndrome polynévritique, tout à son début, était déjà indiscutable :

Abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens ; — parésie très accusée des extenseurs du pied et des orteils avec ébauche de steppage ; — douleurs très vives à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux ; — légère atrophie musculaire au niveau du groupe antéro-externe ; — hypoesthésie superficielle à tous les modes, au niveau des pieds et à la partie inférieure des jambes, avec hyperalgésie profonde.

Troubles vaso-moteurs très accentués, refroidissement de la peau, généralement recouverte de sueurs.

Il existait même, au niveau des membres supérieurs, une diminution très sensible des réflexes, avec hypoesthésie, engourdissement et endolorissement des mains ; douleurs vives à la pression des muscles de l'éminence thénar et même des muscles de l'avant-bras.

On pouvait enfin constater quelques légers troubles de la mémoire et un certain degré d'obnubilation, expliquant sans doute la disparition des obsessions anxieuses et l'indifférence affective dont s'étonnait et se plaignait la malade.

J'ai pu alors, grâce à la complaisance de M. le Dr Schiff, emmener la malade à La Rochefoucault, où je l'ai suivie et traitée depuis le 20 janvier jusqu'à ce jour.

J'exposerai tout à l'heure le traitement suivi et ses résultats. Disons simplement que si l'évolution polynévritique a pu être presque immédiatement arrêtée, si elle n'a pas été jusqu'à la paralysie complète, cependant le diagnostic de polynévrite n'a jamais pu faire aucun doute.

Actuellement encore, cette malade, qui n'est pas guérie, présente toujours l'abolition complète de ses réflexes, les mêmes troubles de la sensibilité, les mêmes douleurs à la pression, signes indiscutables d'une polynévrite sensitivo-motrice.

Obs. II. — La deuxième malade, Mlle Cécile F., employée au Crédit lyonnais, âgée de 46 ans, est entrée dans mon service le 30 mars 1933, adressée par mon ami, le Dr Boudon, avec le diagnostic de *psychose polynévritique*.

Si ce diagnostic s'est montré parfaitement exact, le point intéressant c'est qu'il y a quatre ans, elle a déjà présenté une grande *crise de dépression anxieuse*, sur laquelle son entourage donne les détails les plus nets, à défaut de la malade, dont la mémoire est encore hésitante. Cette crise, qui a duré 3 à 4 mois, avec fatigue, tristesse, anxiété, insomnie, incapacité au travail, etc., semble s'être déjà accompagnée d'un léger appoint confusionnel ; on nous dit qu'à certains moments la malade ne savait plus où elle était, avait perdu la notion du temps et ne se souvenait de rien.

Cette crise anxieuse a du reste parfaitement guéri ; mais depuis trois ans, tous les ans, la malade a présenté, à la fin de chaque hiver, une crise dépressive manifeste, qu'elle appelait, paraît-il, sa « crise de printemps », et qui pendant 5 ou 6 semaines ne lui permettait de faire son service qu'avec les plus grandes difficultés : perte de la mémoire, difficulté du travail, tristesse, craintes anxieuses contrastant avec sa gaîté et son entrain habituel...

Voici donc, semble-t-il, quatre crises anxieuses successives, précédant la crise polynévritique actuelle.

Celle-ci a éclaté vers le 20 mars, sans aucune cause connue, par une obnubilation rapidement progressive, une perte complète de la mémoire, un état anxieux panophobique rapidement étouffé sous les progrès de la confusion... L'invasion s'est faite assez rapidement pour qu'au bout de quelques jours il eût fallu d'urgence faire entrer la malade à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente le tableau typique de la *psychose polynévritique*, avec cependant un état confusionnel particulièrement intense.

Désorientation complète, ne sait ni son âge, ni son adresse, ni où elle est, ni où elle travaille. Agitation discrète, mais incohérente.

Fabulation incessante ; croit recevoir tous les jours la visite de ses parents, morts tous les deux depuis 12 et 13 ans.

Etat saburral des voies digestives, ébauche de subictère, perte des urines par inconscience.

L'examen des membres inférieurs révèle dès le premier jour l'*abolition des réflexes rotuliens*. Les achilléens, alors conservés, n'ont été abolis que trois ou quatre jours plus tard. On notait déjà une ébauche de steppage et une légère parésie des extenseurs.

Sous l'influence du traitement institué, la malade s'est assez rapidement améliorée ; elle est sortie en 10 à 15 jours de son état confusionnel, pour présenter, avec une netteté plus grande, l'amnésie caractéristique du syndrome de Korsakoff ; la fabulation s'est progressivement éteinte, et les souvenirs se réveillent peu à peu.

Quant au syndrome polynévritique, il a été de même enrayé par

le traitement sans aller jamais jusqu'à la paralysie ; la marche est toujours restée possible. Mais les réflexes rotuliens et achilléens sont encore abolis ; on constate un affaiblissement manifeste du groupe des extenseurs ; les troncs nerveux et les masses musculaires sont douloureux à la pression ; il existe, au niveau des pieds, une hypoesthésie globale avec sensation d'engourdissement, qui se retrouve atténuée au niveau des mains.

Le diagnostic de polynévrite est évident.

Voici donc chez ces deux malades un syndrome polynévritique indiscutable qui, chez la première malade, se substitue, en cours d'évolution, à une crise dépressive anxieuse précédée d'ailleurs de plusieurs autres crises semblables ; et qui, chez la seconde, apparaît à la place de la crise dépressive annuelle qui survenait régulièrement à pareille époque depuis 4 ans.

On est évidemment, dans ces conditions, en droit de se demander si la polynévrite n'est pas chez ces malades un véritable équivalent de la psychose périodique.

Nous montrions déjà, il y a quelques années, qu'un problème identique se posait à l'occasion des substitutions, alternances ou coexistences parfois observées entre la psychose périodique et les syndromes de la migraine, de l'épilepsie, de l'asthme ou de l'eczéma.

Plus récemment, nous signalions entre la polynévrite et les crises anxieuses, maniaques ou confusionnelles, des ressemblances singulières dans le mécanisme pathogénique d'invasion, et, en particulier, le rôle identique du choc dans la provocation de ces divers syndromes.

Actuellement, le problème se resserre encore puisque nous nous demandons si, chez un même sujet, la polynévrite et la crise anxieuse ou confusionnelle ne peuvent pas être les expressions différentes d'un même processus d'auto-intoxication.

Il existe du reste, dans l'observation des polynévrites spontanées autotoxiques, un point qui nous intrigue depuis plusieurs années déjà. C'est, bien qu'en somme assez rare, la possibilité de *récidives polynévritiques,* à tel point que l'on pourrait décrire des *polynévrites à rechute, intermittentes ou même presque périodiques.*

Nous suivons par exemple depuis plusieurs années un homme qui a fait l'hiver dernier sa troisième crise de polynévrite. Je vous le présenterai prochainement sans doute, lorsqu'il fera sa quatrième crise.

J'observe d'autre part, depuis 7 ans environ, avec le Dr Tostivint, une femme qui fait tous les 18 mois à peu près une crise

complexe qui commence chaque fois par une crise dépressive avec troubles digestifs et vomissements allant parfois jusqu'à l'intolérance absolue, accompagnée de tristesse, d'anxiété, d'insomnie et d'idées de suicide. Puis, en quelques jours, les troubles digestifs disparaissent pendant que s'installe rapidement une polynévrite typique généralisée qui dure 5 ou 6 mois avec paralysie complète des membres inférieurs, douleurs vives à la pression, indifférence remplaçant l'état anxieux, puérilisme euphorique...

Elle a terminé, il y a quelques mois, sa 4e crise semblable, et se trouve actuellement dans la période de rémission, qui ne dure en général pas plus de 10 à 12 mois.

De telles observations viennent encore renforcer l'impression qu'il existe probablement entre les *crises psychosiques* et certaines *crises polynévritiques* des points de contact assez intimes, des formes alternantes ou des formes associées, un mécanisme pathogénique assez voisin sinon même identique et qui nous apparaît comme un processus de mise en liberté de toxines inconnues et de leur fixation sur divers éléments du système nerveux périphérique ou central.

⁂

A côté du problème étiologique, il me faut insister maintenant sur l'intérêt que présentent ces deux malades au point de vue *thérapeutique*.

Vous aurez peut-être remarqué que l'évolution de ces deux polynévrites s'est montrée extrêmement différente de l'évolution habituelle.

Malgré la rapidité de l'invasion polynévritique et l'intensité des douleurs ou des troubles mentaux qui annonçaient vraiment des formes graves et de longue durée, aucune des ces malades n'a abouti, comme on aurait dû s'y attendre, à la paralysie complète des membres inférieurs.

C'est qu'elles ont été soumises toutes les deux, dès le début, au traitement que j'expérimente et préconise depuis plusieurs années, dans les polynévrites par la méthode des petits chocs répétés : injections quotidiennes de chlorure de calcium intraveineux, ou encore d'hyposulfite de soude ou de magnésie ; injections intradermiques de peptone tous les deux ou trois jours, alternant avec l'autohémothérapie ; injections de venin de serpent ou d'abeilles, etc...

Vous reconnaissez ici la thérapeutique employée avec succès dans l'asthme, dans l'eczéma, dans la migraine, et que beaucoup

d'entre nous utilisent couramment maintenant dans les psychoses. Avec les variantes rendues nécessaires par les caractères spéciaux à chacun de ces syndromes, c'est toujours la même thérapeutique anti-choc qui n'est en réalité qu'un traitement par petits chocs répétés. Cette similitude dans les indications et les résultats thérapeutiques n'est pas un des moindres arguments en faveur de la parenté de tous ces différents syndromes. Ce sont tous des syndromes d'auto-intoxication et de libération toxique, des syndromes de fixation élective des toxines libérées sur divers appareils ou sur divers éléments du système nerveux ; ce sont aussi des syndromes d'instabilité humorale, des syndromes de colloïdo-clasie ou d'hémoclasie si l'on veut, en ce sens que c'est très souvent sous l'influence d'un choc qu'est momentanément rompue la stabilité des complexes humoraux et que sont libérés les produits toxiques pathogènes.

L'observation de ces deux malades est particulièrement instructive au point de vue des effets de cette thérapeutique.

Chez la seconde de nos malades, si le gros état confusionnel du début a disparu avec une rapidité impressionnante en quelques jours, on pourrait dire que la phase amnésique du syndrome de Korsakoff se prolonge suivant les allures habituelles d'une pareille évolution, bien que nous soyons tout juste à deux mois et demi de cette invasion brutale. Mais l'abolition successive des réflexes rotuliens puis achilléens qui s'est faite en quelque sorte sous nos yeux faisait logiquement prévoir une paralysie polynévritique grave. Or, dès que le traitement a été institué, la paralysie a été immédiatement arrêtée ; la malade n'a jamais cessé de marcher, les extenseurs ont même récupéré rapidement leur tonus et le steppage ébauché du début a en quelques jours disparu.

Les douleurs à la pression des muscles et des trous nerveux n'ont jamais augmenté non plus que les troubles légers de la sensibilité.

On peut dire que le traitement a complètement enrayé l'évolution polynévritique et qu'il a même obtenu une régression des troubles mentaux anormalement rapide.

Notre première malade est beaucoup plus démonstrative encore.

Car nous nous trouvions ici en présence d'une polynévrite franche, d'allures rapides et graves, et dès que le traitement a été institué nous avons vu en deux ou trois jours s'arrêter la progression des paralysies.

A la vérité, le traitement n'a pas guéri et terminé cette polynévrite ; elle est maintenue pour ainsi dire en respect, mais persiste toujours à l'état latent, atténuée, mais encore en puissance d'évolution et d'efficience paralytique.

Nous en avons eu à plusieurs reprises chez cette femme une véritable démonstration expérimentale.

Car plusieurs fois, un peu découragés par cette stagnation de l'état morbide, par l'insuffisance des progrès obtenus, nous avons suspendu le traitement ou essayé quelque autre thérapeutique.

Or, chaque fois que le traitement a été arrêté, nous avons vu sous nos yeux se produire de jour en jour une accentuation de la paralysie ; et chaque fois au contraire que nous reprenions le traitement on constatait en deux ou trois jours un retour du tonus des extenseurs, un redressement du pied, une réapparition des mouvements volontaires. C'est un fait que nous avons constaté trois ou quatre fois.

Quelques autres points sont encore à signaler au point de vue des effets thérapeutiques :

Le premier est l'action inverse du traitement sur les douleurs et sur l'anesthésie : chaque fois que le traitement a été interrompu, en même temps que la paralysie s'accentuait, les douleurs s'atténuaient considérablement, mais en même temps l'anesthésie devenait plus accusée ; la reprise du traitement faisait disparaître l'anesthésie et reparaître les douleurs. Un essai de traitement de choc plus actif par les injections de liquide de vésicatoire a même provoqué des douleurs intolérables.

On est donc en droit de conclure que les douleurs représentent un symptôme de résistance et d'irritation des filets nerveux, tandis que l'anesthésie en représente au contraire la déchéance.

Un second point très curieux a été l'apparition pendant deux ou trois semaines d'une sorte d'*hypertrophie musculaire du mollet* donnant à la main l'impression des masses de caoutchouc qui caractérisent les muscles myopathiques. Cette consistance élastique correspondait certainement elle aussi à une forme de résistance de la fibre musculaire, car lors d'un arrêt récent du traitement, — nécessité pendant 4 ou 5 jours par une intoxication accidentelle au gardénal, — les boules de caoutchouc musculaires ont complètement disparu remplacées par une atrophie sensible des mêmes muscles du mollet.

Si les résultats thérapeutiques obtenus chez ces deux malades m'ont paru tout particulièrement démonstratifs, je dois dire qu'ils ne m'ont pas surpris, car ils concordent exactement avec les résultats que j'avais obtenus déjà depuis plusieurs années

dans bien des cas de polynévrite, aussi bien de polynévrites autotoxiques, que de polynévrites alcooliques, arsenicales ou infectieuses, mais qui n'avaient pas cette valeur démonstrative.

Les résultats obtenus par mon collègue le Dr Tixier, qui emploie depuis deux ans cette méthode dans son service ; l'arrêt rapide d'une polynévrite grave obtenu à mon instigation par mon collègue le Dr Abrami, avec du venin de crotale, et publié par lui il y a deux ans déjà, confirment pleinement les résultats de mon expérience personnelle.

Aussi crois-je pouvoir sans scrupules engager nos collègues de la Société médico-psychologique à traiter les polynévrites par cette méthode de thérapeutique anti-choc. Elle donne naturellement des résultats meilleurs lorsqu'elle est apliquée dès le début ; car il semble bien que si elle arrête presque immédiatement l'évolution paralytique des polynévrites, si elle empêche à peu près l'aggravation des troubles nerveux, si elle paraît même capable de raccourcir sensiblement peut-être l'évolution pathologique, elle ne supprime pas le processus causal polynévritique lui-même qui reste pour ainsi dire en puissance, et surtout elle n'obtient jamais qu'une régression minime des paralysies déjà réalisées.

On pourrait dire, en se hasardant sur le terrain des interprétations pathogéniques, que si ce traitement empêche les libérations et fixations nouvelles de toxines sur les éléments nerveux, il reste au contraire sans effet sur les toxines déjà fixées.

N'est-ce pas d'ailleurs à peu près exactement ce que nous observons en somme lorsque nous utilisons les mêmes médications anti-choc dans les crises anxieuses, confusionnelles ou maniaques ?

M. Raymond Mallet. — Chez les obsédés, contrairement à ce qui se passe ici, où la progression des phénomènes névritiques est continue, il y a un balancement entre les paroxysmes anxieux, et les phénomènes physiques : eczéma, panaris, etc.

M. G. Petit. — Les deux malades présentés par M. Tinel sont particulièrement intéressants ; et il est remarquable de voir succéder à des crises d'anxiété, des signes aussi caractéristiques de polynévrite des membres inférieurs.

L'existence de tels faits n'est pourtant pas absolument rare chez les psychopathes, non seulement chez les déprimés anxieux, mais également chez des malades présentant les formes les plus variées de la nosologie psychiatrique : syndromes confusionnels d'origine indéterminée, syndromes délirants et hallucinatoires,

syndromes hébéphréniques ou hébéphréno-catatoniques surtout. Il y a quelques années, notre interne, Mlle Martrille, a pu rassembler, sous notre inspiration, dans son travail inaugural, plusieurs observations de malades de notre service qui paraissaient rentrer dans cette catégorie de faits. Certes, le syndrome polynévritique — comme d'ailleurs les autres symptômes organiques — n'a pas toujours l'intensité des polynévrites classiques ; mais il est relativement fréquent de noter, chez nos malades des services d'aliénés, — avec une variabilité d'ailleurs assez remarquable, — l'abolition des réflexes achilléens, l'abolition ou la diminution des réflexes rotuliens, soit bilatérale, soit plus fréquemment unilatérale, associées à de la myalgie, à des paresthésies et à des atrophies plus ou moins accusées.

Comme M. Tinel, nous avons noté, de façon presque constante chez nos malades devenus polynévritiques, l'existence d'un syndrome anxieux, souvent très accusé, aux périodes initiales de la maladie. Mais il nous semble que cette apparition de troubles organiques succédant à des troubles psychiques rentre tout à fait dans la catégorie des faits sur lesquels nous insistions, dès 1920, à propos des formes psycho-organiques intermittentes de l'encéphalite épidémique : nous avons signalé, à ce moment, la fréquence des épisodes anxieux précédent, parfois plusieurs mois à l'avance, l'apparition de troubles organiques ou psycho-organiques consécutifs. Et il nous paraît difficile de ne point rapprocher, étiologiquement, ces formes polynévritiques des aliénés des formes dites « basses » ou « polynévritiques » que réalisent si fréquemment encéphalite épidémique, encéphalo-myélites disséminées et autres infections mal systématisées par ultra-virus neurotropes.

Chez nos malades, nous avons obtenu également d'excellents résultats thérapeutiques par l'emploi du nucléinate de soude, dont l'efficacité ne nous paraît pas seulement liée à des phénomènes de choc. Et, comme M. Tinel, nous avons noté, immédiatement après son emploi, une réactivation des phénomènes douloureux locaux, suivie, ultérieurement, d'une amélioration organique ou psycho-organique, à la fois locale et générale.

M. Tinel. — Je crois plutôt à la nature auto-toxique qu'à la nature infectieuse des phénomènes anxieux et des phénomènes névritiques.

La séance est levée à midi.

Les Secrétaires des Séances,
P. Courbon et P. Abély.

Séance du Lundi 26 Juin 1933

Présidence : M. Georges DUMAS, président

1re SÉANCE

Décès de M. Paul Sollier

M. Georges DUMAS, président. —

Messieurs et chers confrères.

Depuis notre dernière réunion, nous avons eu la douleur de perdre un de nos membres les plus éminents, le docteur Paul Sollier, qui fut président de notre Société en 1926. Il avait 72 ans et dans un demi-siècle de bon travail et de recherches, il a touché à tant de sujets de psychologie normale et pathologique, de physiologie nerveuse, de psychiatrie, de neurologie, de morale, de philosophie et d'éducation que la simple énumération de ses articles et de ses livres dépasserait de beaucoup les limites traditionnelles de cette allocution.

En psychologie, son nom restera attaché au problème du mécanisme des émotions auquel il a consacré, en 1903, un ouvrage plein d'aperçus aussi intéressants que personnels. Je veux rappeler, à propos de son livre, que, dans un temps où on ignorait à peu près tout des centres émotionnels découverts depuis par Pagano, par Cannon et par Bard, il a exposé une théorie cérébrale de l'émotion qu'il opposait très justement aux théories intellectualistes périmées ainsi qu'aux théories périphériques alors en pleine vogue.

La psychologie pathologique lui doit une étude remarquable sur la mentalité de l'idiot et de l'imbécile qui fait autorité depuis 40 ans parmi les psychiatres et où il a résumé lui-même les différences qu'il constate dans tous les domaines entre l'idiot et l'imbécile en disant que l'idiot est un extra-social et l'imbécile un anti-social.

Il a développé par ailleurs, avec beaucoup de talent, en s'appuyant sur son expérience clinique, une conception physiologique de l'hystérie qu'il a dû défendre en des articles, des conférences, des communications et jusque dans son Traité de neurologie de guerre contre la conception plus récente de Babinski.

Dans cette discussion, Sollier soutenait, par des faits et des arguments, une théorie dont il n'abandonnait [illegible] et il signalait par contre, à propos des stigmates hystériques, [illegible] fussent-ils le résultat

[illegible]

de la suggestion, comme Babinski le pensait, ils n'en gardaient pas moins leur valeur diagnostique puisque ils ne se rencontraient que chez les hystériques ; d'où la nécessité d'étudier la mentalité hystérique et les conditions physiologiques qui, d'après lui, la conditionnaient.

En 1912 il avait donné chez Alcan un ouvrage où il appliquait à l'étude de la morale ses connaissances de psychologue ; il y analysait les racines affectives de la moralité qu'il considérait non pas comme une qualité particulière de l'esprit mais comme une fonction véritable, un mode de l'affectivité s'appliquant à toute une catégorie de faits humains.

Quand la mort l'a surpris, il s'occupait avec beaucoup de succès de la psychologie du travail et c'est le problème si étudié aujourd'hui des aptitudes qui a fait l'objet de ses dernières recherches et de ses dernières publications.

En même temps qu'un chercheur toujours prêt à s'ouvrir aux idées nouvelles, il y avait en Sollier un professeur de talent qui a fait à Bruxelles presque toute sa carrière d'enseignement.

Bien avant la guerre il professait déjà à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique où il a fait des cours très suivis sur l'énergie psychique, la conscience, les volitions, l'intuition morale, le mécanisme des émotions, etc, etc... Beaucoup de ces cours, repensés et augmentés, sont devenus des livres ; c'est ainsi que sont nés notamment les ouvrages sur la morale, sur les émotions, sur le doute et sur la mémoire.

Vice-président depuis longtemps de l'Institut des Hautes Etudes de Belgique, Sollier avait vu consacrer l'an dernier ses services de professeur et de vice-président par son élection à la Présidence.

D'autre part, après avoir créé, dans l'Institut même, une section d'ergologie, il avait eu la satisfaction de voir prospérer cette section au point de devenir, sous sa direction, l'école d'ergologie de Bruxelles.

La mort nous l'a pris non seulement en pleine possession de tous ses moyens intellectuels, mais en plein travail et en pleine action.

An nom de la Société Médico-Psychologique, j'adresse à sa femme, Mme le docteur Alice Sollier, à sa fille, Mme Paul Courbon et à son gendre, notre cher collègue, M. Paul Courbon, l'expression de nos bien sincères condoléances. Si quelque chose peut atténuer leur douleur c'est la pensée que de tant de travail, de tant d'activité intelligente dépensée, il reste une œuvre qui ne disparaîtra pas avec le confrère et l'ami dont nous déplorons la perte.

Qu'il me soit permis de joindre à ces condoléances de notre Société mes condoléances personnelles au nom d'une amitié de 44 ans, qui n'a pas connu de nuages.

Le Dr Paul Sollier a été en 1926 *président de la Société Médico-psychologique,* la séance a été levée en signe de deuil.

2e SÉANCE

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 11 mai 1933 et le procès-verbal de la séance du 22 mai 1933 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire-général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Paul ABÉLY, *Secrétaire des séances,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et demande à la Société de remettre à la séance du lundi 23 octobre la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance : il en est ainsi décidé ;

une lettre de M. le Dr Pierre LÉCULIER, médecin-assistant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura), qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Belhomme ;*

une lettre de M. le Dr Démètre KOURETAS, médecin-chef du Centre de Neuropsychiatrie de l'Hôpital militaire d'Athènes, chargé de cours de neuropsychiatrie à l'Ecole du service de santé militaire d'Athènes, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger :* une Commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, J. LÉPINE et Paul COURBON, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 octobre 1933.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. H. BEAUDOUIN, au nom d'une Commission composée de MM. LÉVY-VALENSI, G. PETIT et H. BEAUDOUIN, sur les titres de M. le Dr H. DAUSSY, de Rouen, il est procédé au vote :

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. le Dr H. DAUSSY	20 voix
Bulletins blancs	2

M. le Dr H. DAUSSY est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Ambivalence et homosexualité dans la manie et l'excitation cyclothymique. Le virilisme maniaque, par M. G. PETIT.

Résumé. — Il n'est pas rare d'observer, au cours de l'excitation maniaque ou de la cyclothymie, des modifications du comportement sexuel (ambivalence sexuelle ou homosexualité temporaire) associées parfois, chez la femme, à du virilisme plus ou moins accusé (virilisme maniaque). L'auteur rapproche l'apparition de cette homosexualité des signes psycho-organiques de régression juvénile ou infantile qu'il a notés dans ces syndromes, concurremment avec un hyper-fonctionnement endocrinien.

Cette communication paraîtra *in-extenso* comme *Mémoire original* dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. Georges DUMAS. — Malgré leur conduite apparente, leurs propos et leurs gestes galants, les maniaques ne sont pas toujours véritablement excités sexuellement. D'après la confidence que me firent les femmes de 2 malades, ceux-ci étaient en réalité frigides pendant l'accès. Il serait très intéressant de pouvoir dans chaque cas donné faire le départ entre ce qui est exubérance purement motrice et hypergénitalité réelle, entre ce qui n'est qu'une attitude de jeu prise par le maniaque et impulsion sexuelle véritable.

M. Pierre JANET. — Il faudrait savoir si dans les cas d'homosexualité se manifestant pendant l'accès maniaque, il ne s'agissait pas d'individus qui préalablement à l'accès et peut-être constitutionnellement avaient des tendances homosexuelles, qu'ils étaient parvenus à refouler, et que l'accès maniaque ne fit que révéler. D'autre part, les Anglais ont cité des cas où l'accès de mélancolie se caractérisait lui aussi par des manifestations d'hypergénitalité et d'homoxesualité analogues.

M. G. PETIT. — Pour les partisans de la psychoanalyse, l'ambivalence et par conséquent l'homosexualité existent normalement à la période de l'enfance. J'ai eu un malade qui, de tempérament sexuel calme entre les accès, était atteint de priapisme, donc d'excitation sexuelle physique véritable, pendant l'accès, et chez lequel l'homosexualité n'apparut qu'à la suite de son dernier accès.

L'examen de fond mental des paralytiques généraux par la méthode des tests, par MM. Henri CLAUDE et Pierre MASQUIN.

Résumé. — Les auteurs proposent de compléter l'examen clinique courant des paralytiques généraux par l'emploi de tests qui permettraient de dresser avec plus de rigueur le *bilan de deficit* à l'entrée et le bilan de *récupération* à la sortie après emploi des thérapeutiques actuelles. Ils présentent une série d'épreuves *juxtaposées et non hiérarchisées,* facilement maniables, superposables d'un examen à l'autre, impersonnelles et ne tenant compte ni de l'éducation ni de la profession des sujets. Ils préfèrent interroger successivement différentes fonctions intellectuelles plutôt que de parler de regression à tel ou tel âge mental.

Cette communication paraîtra *in extenso* comme *Mémoire original,* dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. Th. SIMON. — Il est difficile de se prononcer sur des tests qu'on n'a pas pratiqués. J'ai été très intéressé par la communication qui vient d'être faite. Et, si les auteurs s'étaient bornés à faire ressortir que des épreuves précises permettent d'apprécier l'état des paralytiques généraux, j'aurais été entièrement d'accord avec eux. N'importe quel document objectif — ne serait-ce qu'une ligne d'écriture — recueilli à l'entrée d'un de ces malades, sera supérieur à nos impressions pour juger de l'effet de nos thérapeutiques.

Mais il y a dans la communication de MM. Claude et Masquin une opinion que je ne crois pas pouvoir laisser passer sans réserve. S'ils nous présentent aujourd'hui ces tests, c'est, nous disent-ils, que les nôtres — excellents pour des enfants — conviennent mal à des adultes.

Quelles raisons nous donnent les auteurs à l'appui de cette supériorité des leurs. Elles sont assez difficiles à démêler. Il semble que la première est qu'au cours des tests qu'ils proposent, les paralytiques généraux échouent d'une façon plus constante...

Est-ce là le but que doivent poursuivre des tests ? La démence n'est pas seulement perte ; elle comporte des séquelles. Est-il si inutile de constater celles-ci ? Et si on ne le fait point ne risque-t-on pas, le jour où on les trouvera, d'en attribuer le bénéfice au traitement qu'on aura utilisé ?

Il me semble que notre méthode garde des avantages incontestables pour d'autres raisons encore. Outre que les auteurs ne nous ont apporté aucune notion autre que celles auxquelles nous avions abouti nous-même, ce qui semble bien indiquer que nos

procédés classiques étaient au moins suffisants. Outre cela, il y a deux ordres de faits que les tests de MM. Claude et Masquin ne mettent aucunement en lumière, et ils donnent, pour écarter certaines de nos épreuves, un argument qui prête à critique.

Le premier fait est celui-ci. C'est qu'en dépit de différences entre les états mentaux de l'enfant et du dément, les degrés de la démence se succèdent dans l'ordre inverse des étapes du développement. Et, quand la paralysie générale était progressive, si le malade présentait à son entrée un niveau de 9 ou 10 ans, on ne lui trouvait plus l'année suivante ou après une série d'ictus qu'un niveau de 6 à 7, puis de 5 à 6, et l'on ne rencontrait plus chez les paralytiques généraux, à la dernière période, que des niveaux de 2 à 3 ans. Notre méthode permettait donc de suivre les progrès de la déchéance.

Deuxième fait — et fait très caractéristique de la paralysie générale — que les auteurs ne peuvent guère apercevoir, il me semble, avec les tests qu'ils proposent : le paralytique général présente dès le début de son affection des lacunes, des *accrocs*, qui font qu'une épreuve facile est parfois manquée, et cela en contraste avec des exécutions plus délicates.

Et j'en viens enfin à l'autre motif, qu'ils paraissent avoir invoqué pour éliminer par exemple des épreuves de monnaie : c'est chose apprise, nous ont-ils dit ; et l'exécution de telles épreuves ne représente chez l'adulte qu'un automatisme. Il est de fait que la signification des résultats obtenus n'est pas la même chez l'adulte et l'enfant, le mécanisme à invoquer pour les échecs ou les réussites est différent... Et en ce sens nos tests ne valent pas de la même façon, mais cela ne veut pas dire qu'ils ne s'appliquent pas aussi bien. Mais surtout l'explication qu'invoquent les auteurs est-elle légitime et est-il exact que les automatismes persistent dans la paralysie générale. S'ils se maintiennent d'où vient qu'une nomination de couleurs constitue pour les paralytiques généraux une difficulté toute particulière ? Si les automatismes sont intacts, comment les auteurs expliquent-ils le *signe de la casquette*, cher à Juquelier ; car le geste qui consiste à se découvrir en entrant dans un bureau médical n'est-il pas bien automatique ; or, que de paralytiques généraux ne le font point ! Autre test : présentez un mouchoir à un paralytique général pour le mettre dans sa poche ; geste automatique encore ; et pourtant nous voyons des malades faire pendant plusieurs minutes des efforts inutiles, glissant toujours la main à côté de l'ouverture. La démence de la paralysie générale a dans son fonctionnement quelque chose de global. Les tests mettent ce caractère

de la démence paralytique en évidence, mais à la condition précisément qu'on recoure à des tests appartenant aux niveaux les plus divers et point seulement à un ordre spécial de difficulté.

Or, les tests proposés paraissent à peu près tous de difficulté élevée. Alors sans doute constatent-ils proportionnellement plus d'échecs, et dans ce sens leurs tests peuvent apparaître comme plus démonstratifs d'affaiblissement. A moins qu'il n'y ait là une cause d'illusion, l'accumulation de difficultés pouvant faire croire à un affaiblissement plus prononcé qu'il ne l'est en réalité.

Quoi qu'il en soit, il ne me semble pas que ces examens doivent s'opposer, se substituer aux nôtres, sans plus ample informé. Il faudrait exécuter concurremment les deux séries d'épreuves afin de les comparer.

M. H. Beaudouin. — Je crois qu'il serait préférable, pour moins embrouiller les malades, de présenter chaque test sur une feuille indépendante plutôt que de les réunir sur la même.

M. Brissot. — Je ne vois pas l'avantage que présentent sur ceux de *MM. Binet et Simon,* les nouveaux tests des auteurs. A la colonie de Vaucluse, j'ai reçu des enfants de 16 et 17 ans, dont le développement avait été normal, c'est-à-dire qui avaient atteint le niveau de l'adulte, mais auxquels une paralysie générale avait infligé une régression jusqu'au niveau mental de 9 ans. Avec les tests de Binet et Simon, mon interne a parfaitement noté cette régression. Par conséquent, les tests de Binet et Simon me paraissent aussi utilisables chez l'adulte que chez l'enfant.

La difficulté chez l'enfant est de ne pas confondre arriération ou arrêt de développement avec démence, c'est-à-dire régression.

M. Henri Claude. — Le fait que nous recourons à plusieurs des tests de *MM. Binet et Simon* prouve la valeur que nous leur attribuons. Mais pour juger rapidement de la déficience d'un adulte cultivé et instruit, il faut des problèmes plus délicats que ceux qui sont à la portée d'un enfant. A la période médico-légale de la paralysie générale, alors que la dialectique est parfaitement cohérente, un test d'enfant est trop facile. Les nôtres sont plus difficiles et partant plus efficaces.

M. Masquin. — M. Simon dit avec raison que l'intervention de l'examinateur donnant le texte à l'examiné peut fausser la réponse de celui-ci. Mais cette critique s'applique à tous les tests, aussi bien aux siens qu'aux nôtres.

M. Th. Simon. — Je n'arrive pas à voir nettement pourquoi les auteurs préfèrent leurs tests aux nôtres, puisqu'en somme ils

nous empruntent la plupart. Je me demande s'ils ne mésestiment pas les nôtres parce qu'ils n'en ont utilisé que quelques épreuves au hasard, au lieu de les employer selon la méthode que nous recommandons. Et je persiste à croire que seul l'usage comparé des uns et des autres pourrait montrer ceux qui sont susceptibles de rendre le plus de services.

Un type particulier de dyslogie dans un cas de chorée de Huntington. Considérations sur la démence choréïque, par MM. H. PICHARD et A. LIBER. *(Travail de l'Hôpital Henri Rousselle).*

Nous avons observé dans un cas de chorée de Huntington une dyslogie particulière que nous croyons intéressante à signaler.

M. R., âgé de 58 ans, est atteint d'une chorée de Huntington typique.

A. HÉRÉDITÉ. — D'abord l'hérédité similaire. Sa mère a présenté un syndrome typique de chorée chronique avec démence progressive débutant à l'âge de 55 ans.

Le malade est l'aîné de six collatéraux dont deux sont morts jeunes, de tuberculose, semble-t-il. Les trois autres seraient bien portants.

Il a deux filles âgées de 34 ans et de 33 ans et une petite fille de 6 ans. Toutes trois ont l'instabilité motrice et psychique et l'extrême irritabilité qui caractérisent les descendants des huntingtoniens. Lui-même a toujours présenté cette même irritabilité.

B. LA CHORÉE. — Vers 1928 ou 1929, petit à petit, sont apparus des mouvements involontaires parallèlement à un changement du caractère : quérulance, irritabilité, accès de colère et un certain pessimisme. Ces symptômes sont d'abord attribués à un ulcère pylorique dont les signes se précisent à cette époque. Le 31 novembre 1929 il subit une pylorectomie.

En janvier 1931, épisode fébrile ayant duré 3 semaines, étiqueté « grippe nerveuse » à la suite duquel les mouvements choréïques et les troubles psychiques s'accentuent. Ils deviennent suffisamment marqués pour interrompre son travail. Sa dysthymie, ses troubles du caractère, sa dépression s'aggravent. Ses colères sont de plus en plus puériles et absurdes. Il présente des idées de suicide collectif, avec menace de tuer sa femme, ses filles et lui-même. Il fait un jour le simulacre de pendre au plafond une mince ficelle pour les réaliser.

En même temps, il acquiert une *loquacité particulière*, insistante, que remarque particulièrement sa famille. C'est à ce moment qu'il entre à l'Hôpital Henri Rousselle, le 8 novembre 1932.

C. Etat actuel. — A l'hôpital il présente le tableau typique de la chorée de Huntington avec ses troubles moteurs. Mouvements *choréo-athétosiques* incoercibles, arythmiques, de grande et de petite amplitude, intéressant tous les muscles. Fait curieux, certains mouvements se font dans le sommeil : grattage des draps, souvent toute la nuit. *Hypotonie* et faiblesse musculaire légères généralisées. Parésie faciale et linguale bilatérale, ptosis léger, entraînant de l'hypomimie et un relâchement des traits caractéristiques. Adiadococinésie marquée. Réflexes rotuliens vifs, parfois penduleux, plus souvent tétaniques, avec décontraction saccadée. Les autres réflexes ostéo-tendineux sont à peu près normaux. De même les réflexes de posture. La statique est très atteinte, le malade titube après 3 à 4 minutes de position debout, se tient au mur, aux chaises, etc. La dysstasie n'est pas accentuée par l'occlusion des yeux. La démarche est arythmique, avec des oscillations latérales irrégulières, de petite amplitude. La progression est lente. Il y a moins de tendance à la chute pendant la marche que dans la station.

Son état psychique est difficile à préciser, à cause de sa loquacité particulière. Pourtant, il est bien orienté, son stock de souvenirs anciens et récents est suffisant et facilement accessible à l'évocation spontanée et provoquée. Sa fixation est assez bonne ainsi que l'on peut en juger de ses acquisitions nouvelles, de la connaissance des événements récents. Il réussit aux épreuves d'apprentissage et comprend les nouvelles tâches. Leur exécution est correcte. On voit que la démence de M. R. n'a rien de commun avec celle des déficitaires du type démence sénile où la dysmnésie prédomine dès le début (1).

L'attention, classiquement touchée de façon élective dans la chorée de Huntington, semble en effet déficitaire. Cependant, quand il fait des efforts, son attention spontanée peut se montrer suffisante.

On ne trouve pas non plus, chez lui, le trouble de l'évocation visuelle, signalé par Léri et Vurpas (2). R. est capable, lorsque l'on réussit à attirer son attention, d'énumérer les noms d'objets communs: fleurs, animaux, etc. L'échelle de Binet et Simon, modification de Terman, donne un niveau mental de 10 ans. Il semble donc que, du point de vue strictement « intellectuel », il soit relativement peu affaibli.

Par contre, *du point de vue pragmatique,* il se montre réellement affaibli. Il est pratiquement inadaptable. Malgré l'intégrité de sa mémoire il est incapable du moindre travail suivi, à cause de son instabilité et aussi de sa loquacité, ainsi que nous avons pu le constater lors de plusieurs tentatives d'ergothérapie.

Signalons, par ailleurs, que l'examen général, clinique et humoral,

(1) Pour le détail des signes différentiels et des méthodes employées pour les mettre en évidence, voir la thèse de Liber : *Les troubles de la mémoire de fixation chez les déments,* 1933.

(2) L'état mental dans la chorée de Huntington. *Encéphale,* 1909, p. 510.

se montre négatif en dehors d'une diminution du taux d'hémoglobine et une lymphocytose sanguine considérable (53 0/0).

Examens ophtalmologique (Dr Lagarde) et otologique (Dr Labaraque) sensiblement normaux.

T.A. = 13-8 (Vaquez).

Chimisme sanguin normal = Urée 0 gr. 42 par litre ; Créatinine, 0 gr. 013 ; Calcium, 0 gr. 099.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatives dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien :

Tension : 35 (manomètre de Claude), assis.
Albumine : 0 gr. 35 par litre.
Réactions des globulines, négatives.
Lymphocytes : 2,4 par mm³.
Benjoin colloïdal : 00000.12221.00000.
Elixir parégorique : 00.0.
B.-W., Meinicke négatifs.

Hématologie :

Globules rouges : 3.640.000 par mm³.
Hémoglobine : 64 0/0.
Leucocytes : 8.400.
Lymphocytes : 53 0/0.
Mononucléaires moyens : 5.
Mononucléaires grands : 4.
Polynucléaires neutrophiles : 47.
Polynucléaires éosinophiles : 1.
Polynucléaires basophiles : 0.

D. Troubles de la parole. — Plus intéressants et plus particuliers sont chez lui les *troubles de la parole.* C'est là l'objet de notre étude.

Ceux-ci sont de plusieurs ordres :

1° Les uns, banaux, sont de véritables troubles moteurs de la série choréique.

— d'abord dans l'expression vocale, la voix est terne, sans éclat, monotone, *véritable dysphonie ;*

— ensuite, une *dyslalie* d'ordre phonétique et articulaire qui consiste en un rythme particulier du discours : celui-ci est à chaque moment interrompu par des pauses, parfois même au milieu d'un mot. L'articulation est tout à fait défectueuse. Ce trouble présente une analogie avec le rythme des mouvements choréiques des membres, et aussi d'ailleurs, avec les troubles du rythme respiratoire, constatés tant à l'auscultation qu'à la radioscopie (pratiquée par le Dr Misset), et qui montre des troubles du rythme diaphragmatique.

Cette identité se résume en deux termes : hypotonie (voix terne), et hyperkinésie.

2° La *dyslogie.*

Celle-ci, qui fait surtout l'objet de notre étude, consiste en un véritable trouble du discours.

M. R. est très bavard. Sa loquacité a des caractères particuliers, que nous grouperons, pour la clarté de la description en : I. *La forme du discours.* II. *L'attitude envers l'interlocuteur.* III. *Le contenu.*

I. *La forme.* — M. R. commence à parler aussitôt qu'il est en présence de son interlocuteur Sans aucune introduction, il entre en plein dans son sujet. On a l'impression d'une machine, toute prête à partir et dont le mouvement est subitement déclenché. Une fois mis en marche, le discours se prolonge indéfiniment, sans arrêt, se répétant constamment, passant d'un sujet à un autre sans qu'aucune pause, aucune modification du débit marque la transition, revenant sans plus de transition au premier sujet, et ainsi de suite. La durée du discours semble être illimitée. Nous l'avons écouté ainsi pendant cinq, dix, quinze minutes sans qu'il montre la moindre velléité de mettre un terme à ce verbiage.

II. *Attitude envers son interlocuteur.* — M. R. a besoin d'un auditoire. Il ne parle jamais seul, recherche les interlocuteurs, sans s'inquiéter de leur impatience, de leur désir manifeste de terminer l'entretien ou de parler d'autre chose. Il est à peu près impossible de l'interrompre. Pour le faire, il faut parler très fort, attirer plusieurs fois son attention, lui donner l'ordre de se taire. Quelquefois, on a dit : « Au revoir ! », on commence à s'éloigner et R. est encore en train de discourir.

III. *Le contenu* du discours est assez banal, souvent d'une certaine puérilité dont il est plus facile de donner un exemple que de la décrire.

Il s'agit, en général, de sa famille, de sa maladie, des menus événements du service. Il n'y a ni incohérence, ni fabulation, ni interprétation délirante.

En somme, le contenu par lui-même n'a rien de psychopathique.

Mais il y a un désordre très particulier de *la suite du contenu.*

1° Un sujet est souvent quitté pour un autre avant que le malade ait dit tout ce qu'il avait à en dire.

2° Mais, presque toujours, après avoir parlé de un ou de plusieurs autres sujets, il revient au premier. De cette manière, et aussi directement, sans interposition d'un autre sujet, il se répète toujours plusieurs fois. Mais les répétitions ne sont jamais identiques. Chaque fois il y a quelque chose d'ajouté ou de retranché dans le contenu, de modifié dans la forme.

3° Il parle ainsi très longuement de chaque sujet. Lorsque le discours est long, il arrive à parler successivement de plusieurs sujets, mais toujours en revenant plusieurs fois au précédent avant de le

quitter définitivement. Le progrès du discours se fait ainsi par une série d'avances et de reculs.

Enfin, signalons que le malade n'est pas dans un état d'excitation. Il semble plutôt calme, parle très lentement, à voix plutôt basse, égale.

Voici un exemple typique d'un de ces discours, reproduit textuellement. Son énoncé dura 7 minutes :

L. — Bonjour, M. R. Asseyez-vous !

R. — Je m'énerve de plus en plus. Je ne sais pas pourquoi. J'essaie de remonter mon voisin de chambre. Il a le cafard toute la journée. Il se plaint continuellement de l'estomac. Je dis qu'il exagère un peu. Je lui dis : « C'est un effet maladif de votre état. Il ne faut pas déranger le docteur et les infirmières pour rien. » Il dit : « On est en prison. » Je lui réponds : « On n'est pas en prison. Vous voyez bien, quand vous serez guéri, vous sortirez naturellement. » Il voulait s'en aller. Ça me change continuellement. Un copain qui veut partir et moi qui demandais à venir ici ! C'est moi qui me suis débrouillé pour venir ici, et un zigotto qui demande toujours à partir, ça finit par m'énerver. Il s'allonge sur son lit. Il met toujours les mains sur son estomac. Il dit : « Je sens des brûlures partout. » Je lui dis : « Vous n'avez pas de sueurs. Vous ne suez même pas. »

(Nous rappelons que M. R. ayant subi une pylorectomie se considère un expert en matière de gastrologie).

« Vous savez, docteur, j'ai eu mal à l'estomac, j'ai eu un ulcère, j'ai eu une fausse dyspepsie. J'avais soi-disant l'estomac descendu. Le docteur qui m'a opéré m'a dit que je n'avais pas de dyspepsie. J'ai toujours peur qu'il ait mal à l'estomac. Je lui demande : « Sentez-vous une douleur ? Alors pourquoi vous plaignez-vous toujours comme ça ? » Il dit : « J'ai 100 kilos sur la poitrine. » Il met toujours ses mains comme ça. Il dit qu'il ne dort pas. C'est bien possible qu'il ne dorme pas assez. A six heures il parle. Moi je n'aime pas gêner mes voisins. On ne m'entend jamais parler nulle part. On lui a donné du sommifère pour dormir. On lui a donné des cachets, je ne sais pas lesquels. Il les prend une heure et demie après pour dormir. Je lui dis : « Ce n'est pas comme ça que vous finirez par dormir ! » Il dit : « Ça ne va pas me faire dormir ! » Je lui dis : « Mon petit, il faut les prendre tout de suite ! » Ça m'est arrivé et je travaillais par-dessus le marché. J'ai arrêté au mois d'avril ; si ma femme était là, elle s'en souviendrait. Je lui montre toujours cet exemple. Je lui dis : « Avalez ça tout de suite, et vous allez dormir ! » Il répond : « Je ne dors pas plus de trois heures par nuit. » Il dit qu'il a des volants (*sic*) partout le corps, depuis ici jusqu'au ventre. Ce n'est pas le manque de sommeil, ce sont les brûlures. »

Il serait inutile de transcrire plus au long cette verbigération, qui pourrait être indéfinie. Il est plus intéressant de l'analyser du point de vue séméiologique.

E. Séméiologie. — Au point de vue séméiologique, il s'agit en effet d'une véritable dyslogie de caractère très spécial.

Séglas (1) divisait les dyslogies en quatre types : dyslogie de rapidité, de forme, de syntaxe et de contenu. Celle-là ne répond en réalité à aucun de ces types. Elle porte, il est vrai, sur la forme et sur le contenu, mais la forme rhétorique est passable, le contenu n'a rien de particulièrement pathologique. C'est avant tout ce que nous appellerons une *dyslogie de courant*. C'est le courant du discours qui est en défaut, la marche dans le temps de ce discours.

Comment interpréter cette dyslogie ?

On pourrait dire qu'elle fait partie du tableau de la démence.

En réalité, la démence de notre malade est très particulière, en rapport sans doute avec un processus et une localisation anatomique élective. Elle ne ressemble pas aux démences déficitaires de la nécrobiose sénile ou des artériopathies par exemple. Celles-ci sont caractérisées par la dysmnésie dès le début.

Au contraire, chez le huntingtonien au début, comme le nôtre, le stock des acquisitions est intact, l'évocation longtemps conservée. Ce n'est pas une démence « intellectuelle ».

Par contre, elle est essentiellement pragmatique, ou si l'on veut sociale. Elle porte sur le rythme et la continuité de l'activité et sur l'utilisation sociale du stock.

Elle est liée bien davantage à des troubles de l'auto-conduction, telle que la définissent Toulouse et Mignard, à la difficulté de faire un choix, et en dernière analyse à des *troubles de l'inhibition* (Mourgue) (2).

C'est ce facteur qui rend inutilisables des connaissances intactes en elles-mêmes.

La dyslogie également nous semble relever d'un trouble de l'inhibition.

Suivant les idées classiques de Setchenov et de H. Jackson, il s'agirait d'un affaiblissement de l'inhibition, avec libération des niveaux inférieurs. Plus exactement, nous semble-t-il, il s'agirait d'un déséquilibre de l'action inhibitrice plus que d'un simple affaiblissement de celle-ci.

La suite des idées d'un discours dépend du jeu de deux facteurs inhibiteurs :

1° La faculté, pour rester dans un même sujet, d'inhiber tout sujet étranger ;

(1) *Des troubles du langage chez les aliénés*, 1892.

(2) La fonction psycho-motrice d'inhibition étudiée dans un cas de chorée de Huntington. *Arch. Suisses de Neur. et de Psych.*, 1919-20, pp. 70-98 et 240-263.

2° La faculté, pour changer de sujet, d'inhiber celui qui est en cours.

Chez notre choréïque, il y a déséquilibre et asynchronisme entre ces deux fonctions.

F. Considérations anatomiques et physiologiques. — En ce qui concerne les relations anatomo-cliniques, nous sommes réduits à de simples hypothèses.

Dans la chorée de Huntington, les lésions sont très étendues : corps strié, avec prédominance néostriatale, écorce pré-frontale, rolandique, même, dans certains cas, pariétale et occipitale. Elles atteindraient particulièrement la couche IV de Brodmann.

Peut-on supposer que ce trouble est en rapport avec la *lésion striatale ?*

De Sanctis (1) fait entrer la démence de Huntington dans les démences « sous-cortico-extra-pyramidales », partant surtout sur les fonctions d'élaboration. Il leur oppose les démences « cortico-pyramidales », portant surtout sur l' « assimilation ».

Pour Lhermitte et Lamaze (2), le trouble de l'attention est « parallèle au désordre musculaire et d'essence assez analogue ». Peut-on étendre cette opinion à la dyslogie ? On peut, en effet, lui trouver quelque analogie avec les troubles moteurs de la chorée. Mais, outre que de telles comparaisons risquent d'être plus ou moins forcées, il y a quelques objections à cette manière de voir :

1° Le rythme de l'oscillation idéïque est bien différent de celui des mouvements — il est beaucoup plus lent, ayant une période se chiffrant en minutes, alors que celle des mouvements se chiffre en secondes.

2° Il n'y a pas, comme dans les mouvements, une décharge brève et subite entre deux phases de repos, c'est-à-dire d'équilibre. Il s'agit plutôt d'une alternance de deux ou de plusieurs phases se remplaçant l'une l'autre sans à-coup.

3° Ce qui caractérise la dyslogie de notre malade, c'est bien plutôt la ténacité de la persévérance dans une idée que les changements rapides — persévération qui frappe par son contraste avec la labilité du malade dans son activité et dans ses mouvements.

(1) Di alcune forme cliniche neuro-psichiatriche con deficit mentale. *Riv. Sper. di Freniatria,* 1932, pp. 1-41.

(2) Sur la symptomatologie de la chorée de Huntington ; à propos d'un cas clinique. *Rev. Neur.,* 1920, pp. 768-772.

4° Enfin, une partie de son trouble réside dans l'attitude très particulière envers l'interlocuteur — un trouble du comportement social.

Il nous semble difficile d'assimiler un tel comportement à un processus homologue de l'état amyostatique.

Ce trouble serait-il plutôt en rapport avec une lésion *corticale ?*

En faveur de cette hypothèse, on trouve ce caractère de troubles de l'auto-conduction qui se rencontrent avec une électivité spéciale dans les lésions localisées pré-frontales.

On trouve dans les travaux de Pavlov des cas de déséquilibre entre des réflexes conditionnés d'inhibition que l'on peut rapprocher de notre cas. Et, pour Pavlov, de telles actions seraient exclusivement intra-corticales. Mais depuis que Poltyrew et Zeliony (1) ont démontré que des réflexes conditionnés peuvent être acquis par le chien qui a perdu presque toute son écorce, leur valeur de localisation disparaît. D'ailleurs, le chien sans écorce de Rothmann put acquérir de nouvelles associations.

Pourtant, certaines expériences de Pavlov et de ses élèves sont suggestives. Ainsi, après ablation bilatérale des lobes préfrontaux : « L'attouchement de l'animal au moment où on le place sur l'établi où quand on l'en retire, même une simple caresse, provoque chez le chien une excitation intense. Il se gratte jusqu'au sang, aboie », etc., « ...pendant de telles excitations, la caresse au niveau de la tête ou du cou calmait l'animal, et parfois il s'endormait. » (Demidoff, cité par Pavlov) (2). Il s'agit manifestement d'une *viciation* de l'équilibre entre les actions d'inhibition et de dynamogénisme d'un stumulus, et en particulier, d'une viciation de la succession dans le temps de ces actions.

Mais un argument plus probant peut être tiré des travaux de Leyton et Sherrington (3), de G. Brown et Sherrington (4), qui trouvent des modifications dans le mouvement suscité par l'excitation d'un point de l'écorce motrice. Ces changements, loin d'être exceptionnels, seraient la règle du fonctionnement de l'écorce motrice. Ils sont provoqués par de nombreux facteurs, dont surtout la succession topographique et temporelle des exci-

(1) Grosshirnrinde und assoziationsfunktion. *Zeitschr. für Biol.* 1930, pp. 157-160.

(2) *Leçons sur l'activité du cortex cérébral,* p. 349, 1929.

(3) Observations on the excitable cortex on the chimpanzee, orang-utan and gorilla. *Quart. Journ. of Exp. Physiol.* 1917, pp. 135-222.

(4) On the instability of a cortical point. *Proc. Roy. Soc.,* 1912, pp. 250-277.

tations. Leyton et Sherrington supposent, par analogie, que ce *renversement de l'innervation* (reversal) est une des fonctions principales de toute l'écorce.

Or, il semble bien que la fonction qui est viciée chez notre malade, c'est la réversibilité de la pensée parlée. Les renversements manquent souvent, sont souvent inopportuns et atéléologiques quand ils se font.

En conclusion, nous voulons mettre en évidence dans ce cas de chorée de Huntington les caractères suivants :

1° Une démence à type particulier, avec un affaiblissement intellectuel peu marqué contrastant avec une démence pragmatique importante, un gros trouble des fonctions sociales.

2° L'existence d'une dyslogie à type spécial, une dyslogie de courant.

3° Du point de vue anatomo- et physio-pathologique, il semble que le mécanisme de cette dyslogie soit essentiellement cortical.

Thérapeutique hématoplacentaire des psychoses, par M. le Dr A. A. Zaitzew. (Clinique de psychiatrie de l'Institut de Médecine de Léningrad. Service de M. le prof. P. A. Ostancow. *Communication préalable*).

En 1929, les Drs Achheim et Zondek ont isolé de l'urine des femmes enceintes le prolane utilisable pour le traitement des psychoses. Le Dr Zamkow emploie sous le nom de « gravidane » l'urine stérilisée des femmes enceintes comme remède rajeunissant qui agit par les hormones. Or, d'après les expériences de notre clinique, le traitement par le prolane n'aura pas donné de résultats notables.

Sur l'initiative de M. le Professeur Ostancow, nous avons commencé à appliquer, dans la clinique dont il est le chef, le traitement des psychoses par le sang placentaire, nous laissant guider par l'hypothèse que, dans le sang des femmes enceintes affluant au fœtus, les hormones, stimulant la croissance de ce dernier, doivent se trouver plutôt dans un état de réactivation plus élevé.

Nous prélevions le sang du cordon ombilical immédiatement après l'accouchement ; sitôt que la pulsation dans le cordon disparaissait tout à fait ou qu'elle était considérablement affaiblie, ce dernier était sectionné et le sang du segment placentaire recueilli et citraté. Le sang maternel était soumis, avant l'accou-

chement, à l'examen pour la recherche de la réaction de Wassermann. On parvenait ordinairement à obtenir 20 à 60 cc. de sang, qu'on injectait au malade le jour même ou le jour suivant ; injection sous-cutanée, dans le dos, au niveau des omoplates à la dose de 4 cc. d'un seul coup ; dans les injections suivantes, la dose atteignait 8-12 cc.

A cette méthode de traitement ont été soumis 6 cas de forme catatonique et 2 cas de forme paranoïaque avec ataxie intrapsychique progressive sans démence précoce ; 2 cas de psychose maniaque dépressive (dépression) ; 1 cas de psychose involutive; 1 cas de psychose réactive (dépression) et 1 cas de tabès dorsal.

I[er] cas : Homme de 46 ans. Tabès dorsal. Troubles oculaires. Durée du traitement : 43 jours. Nombre d'injections : 8.

Résultats : Vue sans changements. L'incontinence d'urine a cessé. Les douleurs lancinantes ont disparu. Après les premières injections, on constate de l'excitation sexuelle. Signe subjectif : le malade se sent « plus frais, en général ».

II. Homme de 51 ans. Dépression. Deuxième accès de psychose maniaque dépressive. Est malade depuis 2 mois et demi. Durée du traitement : 16 jours, 5 injections.

Résultats : Angoisse amoindrie ; il est plus mobile ; s'intéresse au traitement.

III. Homme âgé de 27 ans. Dépression pour la 4[e] fois. Psychose maniaque dépressive. Durée du traitement : 15 jours. 4 injections.

Résultats : Guérison d'une furonculose. Affecte une plus grande désinvolture psychique. Lui-même note une amélioration de son état général.

IV. Femme, âgée de 47 ans. Psychose de la ménopause. Durée du traitement 21 jours. Nombre d'injections : 6.

Résultats : A augmenté de poids. Accalmie générale. Quitte la clinique dans un état d'amélioration de santé notable.

V. Homme, âgé de 28 ans. Psychose réactive. Durée du traitement : 16 jours. 5 injections.

Résultats : Augmentation du poids. Se sent beaucoup mieux.

VI. Homme, 27 ans. Est malade depuis près d'un mois. Catatonie. Durée du traitement : 75 jours. 13 injections.

Résultats : Au début, quand on lui appliquait des petites doses, le malade se « dégourdissait » peu, revenant toujours à son ancien état de catatonie. Après l'injection de doses plus grandes, il est sorti de sa catatonie, a considérablement augmenté de poids (8 kilos). Quitte la clinique en bon état physique et psychique.

VII. Homme. Est malade depuis près d'un an. Catatonie. Tuberculose. 16 injections en 82 jours.

Résultats : Les petites doses n'ont pas produit d'effet ; l'application de doses élevées a eu pour résultat la disparition des attitudes figées (raideur musculaire) ; le malade quitte le lit, dîne dans la salle à manger avec les autres, répond aux questions, lit des livres ; augmente de poids (9 kilos). Sa température ne monte plus.

VIII. Femme, âgée de 23 ans. Est malade depuis 6 mois. Catatonie. Durée du traitement : 60 jours. 12 injections. On note parfois, après une injection, que sa température monte.

Résultats : Augmentation de poids (2 kilos). Amélioration de l'état psychique.

IX. Homme, âgé de 26 ans. Est malade depuis 3 ans. Catatonie. Durée du traitement : 2 mois. 13 injections.

Résultats : Animation de courte durée après les injections. Excitation sexuelle. Pas de changements notables.

X. Homme, âgé de 32 ans. Est malade depuis 4 ans. Catatonie. 15 injections en 75 jours.

Résultats : Une certaine animation immédiatement après les injections, mais de courte durée.

XI. Homme, 22 ans. Est malade depuis 3 ans. Catatonie. 7 injections en 40 jours.

Résultats : Poids sans changement. Amélioration psychique.

XII[e] et XIII[e] cas. Démence paranoïde. Deux hommes. L'un est malade depuis 10 ans, l'autre depuis un an et demi. Une diminution du poids et une aggravation somatique ont été notées dans un de ces cas, et une certaine excitation sexuelle dans l'autre.

Conclusions

Les données de l'application de la thérapeutique hématoplacentaire nous permettent, d'ores et déjà, d'en tirer les conclusions suivantes : cette thérapeutique est la plus active dans la forme catatonique de la démence précoce, diminuant parfois les phénomènes catatoniques jusqu'à leur complète disparition.

Les cas récents donnent les meilleurs résultats, en présence même d'un tableau clinique grave de catatonie. Ce traitement produirait aussi un effet favorable dans les états de dépression, de psychose maniaque dépressive et d'involution.

Les doses minima de 8 cc., régulièrement appliquées tous les 3 jours, sont celles qui ont produit le meilleur effet.

Sur un cas de délire aigu scarlatineux. — Quelques considérations sur les encéphalites post-infectieuses, par M. A. Porot (d'Alger).

Malgré la grande valeur des recherches histologiques récentes sur les « *encéphalites psychosiques* », nous pensons, avec beaucoup d'autres, que l'intérêt du problème réside moins dans les fondements anatomo-cliniques de ce chapitre de pathologie, que dans les questions de pathogénie et de pathologie générale qu'il soulève.

C'est surtout dans les formes aigues, en face de cette affection connue depuis longtemps sous le nom de « *délire aigu* », et qu'il ne paraît pas opportun de débaptiser, que se posent ces questions d'intérêt général touchant la nature et les conditions d'apparition de ces réactions encéphalitiques.

Voici une observation typique de délire aigu survenu à l'occasion d'une scarlatine. Nous la ferons suivre de quelques commentaires.

Mme B..., âgée de 48 ans, soignait l'un de ses fils atteint de scarlatine, lorsque, le 14 juin 1931, elle contracta elle-même la maladie (angine, fièvre, éruption classique). Du 14 au 22, évolution régulière de la fièvre éruptive, mais avec insomnie complète et température entre 38° et 39°.

Le 22 juin, assez brusquement, après un état de malaise et de lypothymie, apparaît de l'agitation ; la malade veut se lever, saute dans son lit, parle avec abondance et incohérence. Les 2 jours suivants, l'excitation s'accentue ; les nuits sont très pénibles : confusion hallucinatoire, cris stridents, lambeaux de phrases incohérentes. Le tableau est celui du délire aigu, avec faciès vultueux, langue sèche, expuitions fréquentes, syndrome de déshydratation rapide.

La température monte, le 25, à 40°2. Deux injections intra-veineuses d'électrargol (10 cc. et 25 cc.) n'amènent aucune détente. L'état général s'aggrave rapidement. On note ce jour-là une *éruption d'herpès labial.* On recueille quelques cent. cubes d'urine qui ne révèlent ni sucre, ni albumine. Le dosage d'urée dans le sérum est de 0 gr. 23.

L'examen somatique révèle, au point de vue circulatoire, un cœur très défaillant. Fait particulier, on note un myosis très accusé avec pupilles ne réagissant pas à la lumière et des réflexes tendineux abolis aux membres inférieurs. La ponction lombaire est malheureusement impossible en raison des conditions du milieu.

Un nouveau choc colloïdal le 28 (25 cc. d'électrargol) reste sans résultat.

On arrive à prolonger la malade avec des toniques cardiaques jusqu'au 30, jour où elle succombe dans le coma après une agitation extrême ; le 29, elle avait eu une *nouvelle poussée d'herpès.*

Cette observation, en elle-même, est un cas typique, mais banal, de délire aigu. Que ce syndrome puisse apparaître à l'occasion de la scarlatine, cela, non plus, n'a rien qui puisse surprendre. Le *délire aigu* — nous avons soutenu cette thèse à plusieurs reprises (1) — est rarement primitif. Ou bien c'est un *délire « aiguisé »*, comme nous avons proposé de l'appeler, c'est-à-dire un paroxysme aigu surgissant à tout moment d'une psychose ; ou bien il s'agit d'un *délire aigu secondaire* survenant à l'occasion d'une affection quelconque ; c'est le cas le plus fréquent.

En 1920, à la Société de Psychiatrie, j'ai présenté plusieurs observations de délires aigus *méta-infectieux.* J'insistais sur une particularité d'apparition chronologique du syndrome qui surgissait brusquement du décours de l'affection initiale qui le déterminait.

Je l'avais observé en particulier 3 fois de suite après la défervescence d'une pneumonie, ce qui me l'avait fait appeler méta-pneumonique. L'ayant rencontré dans d'autres infections, je lui donnai le nom plus général de délire aigu méta-infectieux.

Le cas que nous présentons aujourd'hui rentre pleinement dans cette catégorie. Le délire aigu apparaît au huitième jour, après l'évolution normale de la fièvre éruptive, l'effacement de l'éruption, mais alors que la fièvre n'est pas éteinte. Il aboutit à la mort en 8 jours.

L'intensité des phénomènes nerveux et la fréquence relative du délire dans la scarlatine sont connues depuis Trousseau.

Le professeur Roger a souligné, lui aussi, cette fréquence (2) ; dans la thèse de son élève Moureyre (3), on trouve un certain nombre de délires aigus mortels dont un précisément emprunté à Calmeil à qui nous devons une des premières et des meilleures descriptions du délire aigu. Si on élimine un cas où existait de l'albumine et de l'urémie, il reste 7 cas dans lesquels un tableau de délire aigu mortel se constitua le 4e et le 7e jour après le début de la maladie, avec une durée d'évolution de 3 à 10 jours. Il y a donc là une série de faits bien superposables permettant d'isoler,

(1) « *Les Syndromes Mentaux* ». Doin, Editeur, 1928. Sur une statistique de 27 cas, nous n'en avons trouvé que 3 où l'étiologie était inconnue. (*loco citato*, p. 93).

(2) ROGER. — *Les Maladies Infectieuses.*

(3) *Th. de Paris*, 1899.

parmi les complications de la scarlatine, un chapitre assez individualisé.

Signalons, en passant, chez notre malade, quelques particularités à retenir :

1° *l'absence d'hyperazotémie,* puisqu'au plus fort du délire il n'y avait que 0 gr. 23 d'urée dans le sang. Ce serait une exception à une règle habituelle aux encéphalites psychosiques aiguës et cela prouverait que ce signe n'a pas toujours la valeur absolue qu'on tend à lui attribuer.

2° L'apparition de *deux poussées d'herpès labial,* réaction ectodermique intéressante. Ce n'est pas, au surplus, la seule fois que nous l'avons rencontrée dans le délire aigu. Un jeune sujet opéré d'appendicite gangréneuse, fit, quelques jours après, un délire aigu grave. Après quelques jours d'excitation psycho-motrice croissante et d'ascension thermique progressive, survinrent brusquement un état de mal convulsif qui dura 48 heures et une éruption de vésicules herpétiques confluentes périorbitaires.

Chez un jeune homme de 23 ans, observé en juin 1931, amené pour de l'agitation anxieuse avec état fébrile (38° à 38°3) et menacé de délire aigu (jusqu'à 39°), nous vîmes apparaître, deux jours après son entrée, quelques vésicules d'herpès labial qui disparurent en même temps que s'amendait l'état psychique sous l'influence du traitement par choc. Enfin chez une jeune femme de 30 ans, au cours d'un délire aigu hyperthermique, mais heureusement terminé, nous assistâmes à une floraison abondante de vésicules herpétiques autour des lèvres.

La présence de ce symptôme au cours des réactions délirantes aiguës mérite de ne pas passer inaperçue. Elle donne à penser qu'il s'agit d'un virus à double affinité ectodermique, pour le revêtement cutané et les muqueuses d'une part, pour le système nerveux d'autre part, ce dernier étant, embryologiquement, un dérivé du feuillet ectodermique.

Elle permet de faire entrer certains cas de délire aigu encéphalitique — nous ne disons pas tous — dans le cadre des *ectodermoses neurotropes* de Levaditi.

Ce rapprochement a du reste été suggéré avant nous, à propos de cas cliniques de fièvre aphteuse suivie de troubles délirants par MM. Chauffard, Brodin et Wolf (1) et à propos d'un épisode psychopathique aigu précédant une fièvre ortiée, par MM. Crouzon et Valence (2).

(1) *Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 7 juin 1923.
(2) *Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 20 juillet 1923.

Cette conception nous amène à discuter la place que le délire aigu de la scarlatine doit tenir dans les encéphalites des fièvres éruptives, question toute d'actualité. On sait les importants travaux consacrés dans ces dernières années aux encéphalites post-vaccinales et aux encéphalites des fièvres éruptives (rougeole, varicelle, scarlatine). Ils ont soulevé des problèmes de pathologie générale des plus intéressants et suscité des théories pathogéniques qui éclairent d'un jour nouveau leur déterminisme.

Nous rappellerons ici les mémoires importants, si richement documentés, de M. L. van Bogaert (1) et qui constituent une des meilleures synthèses de la question.

Sur le terrain clinique, il y a des délais d'apparition, un rapport chronologique avec l'éruption ou les rechutes de la maladie qui varient avec chaque fièvre éruptive. Or, dans la scarlatine, le temps d'incubation des encéphalites est bien plus long que dans la rougeole et la varicelle, et les accidents éclatent de la 3e à la 5e semaine. On y voit prédominer les symptômes focaux avec ou sans séquelles (parkinsonisme).

Ces accidents sont souvent en rapport, du reste, avec l'exanthème ou avec les reprises infectieuses (syndrome infectieux tardif de Roger, seconde et troisième maladies des auteurs contemporains) ce qui a permis à L. van Bogaert de les maintenir dans le cadre des réactions hyperallergiques auxquelles se ramènent, d'après lui, toutes ces manifestations nerveuses des fièvres éruptives.

On sait, en effet, que cet auteur se range à la théorie qui voit dans ces manifestations une véritable réaction hyperallergique centrale, issue des mêmes conditions humorales, de même valeur biologique que les éruptions ou les rashs secondaires ; il n'y a là qu'une compensation ou une succession dans l'action pexique des deux ectodermes, concourant au même but, lequel est l'immunité, pouvant l'atteindre, mais quelquefois au prix de séquelles, ou pouvant défaillir dans la lutte engagée.

Peut-on ranger le délire aigu de la scarlatine, réaction encéphalitique violente, dans ce groupe de complications ? Il cadre mal, au point de vue chronologique, avec les faits cités plus haut, puisqu'il est beaucoup plus précoce et éclate du 4e au 8e jour.

Cliniquement, la note dominante est avant tout mentale.

Toutefois, nous ne pensons pas qu'il faille y voir une symptomatologie banale d'état infectieux et, tout en se différenciant des encéphalites neurologiques tardives, il garde, pensons-nous,

(1) *Revue Neurologique*, juillet 1932 et février 1933.

une signification intéressante au point de vue pathogénique. Pourquoi, de tous les délires infectieux, ceux des maladies à détermination cutanée, comme l'érysipèle, la scarlatine, le typhus exanthématique, sont-ils des plus violents et prennent-ils si rapidement l'allure grave au point de vue général, du délire aigu ? Nous ne connaissons pas encore toutes les lois de ce balancement neuro-cutané. Nous en entrevoyons quelques rapports. Il y a sans doute une part de vérité dans chacune des théories pathogéniques mises en avant et, si la clinique permet de différencier des groupes de faits voisins, mais non assimilables, c'est qu'à chacun d'eux peut-être correspond un déterminisme propre.

M. Van Bogaert, discutant ces problèmes pathogéniques, rappelait que trois grandes hypothèses avaient été proposées pour expliquer la pathologie des encéphalites des exanthèmes :

1° infection à virus connu accompagnant la maladie éruptive initiale et lui succédant à son déclin (encéphalite épidémique, maladie herpétique, maladie de Heine-Médin) ;

2° virus inconnu, peut-être latent et normalement apathogène, devenant pathogène par un processus de réactivation (biotropisme) ;

3° phénomène anaphylactique, réaction d'antigène et d'anticorps survenant dans la phase parallergique que traverse l'organisme atteint.

Il se rallie à cette dernière théorie et paraît peu enclin à accepter la première.

Je crois qu'elle revendique certains faits cependant : la présence d'herpès au cours de certaines encéphalites psychosiques aiguës nous incline vers l'explication par une ectodermose neurotrope.

Et, pour revenir au cas de la fièvre scarlatine, les réactions encéphalitiques que l'on peut y rencontrer constituent vraisemblablement des groupes de manifestations différents : différents dans leur formule clinique, dans leur moment d'apparition et différents aussi, sans doute, dans leur nature intime, mais tous également intéressants au regard de la pathologie générale.

Intoxication digitalique et troubles mentaux,

par MM. E. MARTIMOR et J. BRZEZINSKI.

L'observation de troubles mentaux d'origine digitalique que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société Médico-Psychologique nous a paru intéressante en raison de sa rareté. Nous n'avons trouvé, en effet, dans la littérature psychiatrique aucun cas du même genre, mais seulement la mention brève, dans certains traités de médecine légale ou de toxicologie, d'un « délire nocturne » accompagnant les empoisonnements graves par la digitale.

Paul R., cultivateur, 50 ans, a absorbé accidentellement, le 30 mars 1933, une forte dose d'une solution de digitaline au millième, que l'on peut évaluer très approximativement d'après les renseignements de la famille à 250 gouttes. Il prenait, depuis 10 jours, pour calmer des palpitations, une dose quotidienne de 20 gouttes sans prescription médicale. Une heure après l'absorption massive, l'intoxication se manifeste par des vomissements répétés et rougeâtres, des sueurs froides, de la pâleur, un malaise général, une céphalalgie violente. Il n'y a pas de diarrhée. Un médecin, appelé aussitôt, constate un pouls très ralenti (30 pulsations à la minute). Il fait une injection de caféine et une autre de morphine, cette dernière motivée par l'agitation du malade qui est assez violente. Dans les deux ou trois jours qui suivent, la bradycardie s'atténue (40 pulsations), mais les vomissements persistent et l'agitation reparaît chaque soir, nécessitant à nouveau l'administration de morphine. Il s'agit d'une agitation anxieuse avec plaintes incessantes, sensation de mort prochaine. Le 4 avril, le malade est admis à l'hôpital d'un bourg voisin. Dans ce milieu calme, où traitement et régime sont bien surveillés, l'agitation s'atténue progressivement. La morphine est cependant employée chaque soir jusqu'au 8 avril. Les fonctions intestinales s'accomplissent bien, l'urine ne contient aucun élément pathologique. Le pouls est toujours dur et lent (50 pulsations).

Dans la soirée du 10 avril, l'agitation reparaît et cette fois s'accompagne d'onirisme et de fugues dans le jardin de l'hôpital et dans les rues, où le malade circule en chemise, après avoir sauté par la fenêtre de sa chambre. Le caractère de l'onirisme varie d'un moment à l'autre. Ce sont tantôt des hallucinations terrifiantes (menaces d'électrocution, d'écroulement des murs), tantôt un rêve professionnel ayant trait à des travaux agricoles, tantôt un érotisme délirant qui se traduit par la poursuite de vieilles hospitalisées prises pour de jeunes Anglaises. Le lendemain matin, l'agitation s'est calmée, mais le malade est légèrement confus et exprime des idées délirantes instables. Dans la soirée, l'onirisme reparaît, aussi bruyant et

tumultueux que la veille. Aussi l'internement est-il décidé le 12 avril (1).

Paul R. entre la Maison de Santé départementale de Blois le lendemain. Il est calme, mais un peu confus et son orientation est légèrement défectueuse. Il n'exprime spontanément aucune idée pathologique, mais quand on le questionne, on obtient les éléments d'une histoire délirante qui peut se résumer ainsi :

Un grand nombre d'Anglais ont été rassemblés dans le pays où ils doivent s'installer à la place des fermiers actuels. Pour les distraire, une soirée récréative a été organisée et c'est le malade qui est chargé, selon son expression, de « faire le guignol » sur la scène. Il y apparaît en chemise. A la vue de cette tenue incongrue, une jeune Anglaise meurt d'émotion. Ses compatriotes s'emparent alors du perturbateur, le ligotent sur son lit et lui font subir diverses tortures par des procédés électriques ; puis le lit se transforme en auto, les bâtiments oscillent sur leur base, menaçant de s'écrouler.

Tel est le récit délirant de notre malade. On peut le considérer comme un résidu mal systématisé de son épisode onirique. On retrouve, en effet, les images fantastiques du délire de rêve mêlées à des souvenirs de faits réels tels que fugue en chemise, poursuite de vieilles femmes prises pour des Anglaises, passage de la camisole de force.

Après son entrée à la Maison de Santé, notre malade ne se plaint pas de nouvelles persécutions. Son délire est resté rétrospectif. Au début, cependant, il ne se montrait pas très affirmatif à cet égard et examinait avec méfiance les tuyaux du chauffage central qui passaient derrière son lit.

Dans les jours qui suivent, les convictions délirantes s'estompent peu à peu et leur caractère morbide est reconnu vers le 12e jour. L'humeur reste longtemps déprimée et asthénique.

L'examen physique à l'entrée, donnait les renseignements suivants: bruits du cœur très assourdis, irréguliers, sans souffles ; pas de pouls bigéminé; 60 pulsations à la minute; tension artérielle (Vaquez): 14-10. Syndrome sympathique oculaire à droite (myosis, enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale). Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Benjoin normal ; pas de lymphocytose ni d'albuminose. Traces de glucose et d'urobiline dans l'urine. Urée dans le sang : 0 gr. 40 par litre.

L'amélioration de l'état général progresse parallèlement à celle des troubles mentaux, coupée seulement, vers le 10e jour, d'oppression et de céphalées passagères dues sans doute à un retour prématuré au régime alimentaire normal.

(1) Nous devons les renseignements qui précèdent à l'obligeance de M. le Dr Gamard, médecin de l'hôpital de Montoire (Loir-et-Cher) que nous remercions de son utile collaboration.

Le malade sort le 11 mai et vient nous revoir le 15 juin : il a repris son travail sans fatigue et ne ressent aucun malaise. Nous constatons une inversion très marquée du réflexe oculo-cardiaque (70-84). Le syndrome sympathique oculaire a disparu.

Nous n'avons pu obtenir que des renseignements assez vagues sur les antécédents ; il faut noter, cependant, quelques coliques hépatiques avec ictère et, depuis quelques années, des crises de palpitations avec oppression.

Le malade n'a pas un niveau mental très élevé. C'est un petit débile à caractère faible et suggestible. Il commet à l'occasion de petits excès de boisson, mais on ne relève chez lui aucun signe d'imprégnation alcoolique.

En résumé, il s'agit d'un épisode onirique survenant assez tardivement après l'absorption d'une dose toxique de digitaline. Nous croyons cependant devoir incriminer cet alcaloïde.

La digitale ne s'élimine, en effet, qu'avec une grande lenteur (16 à 18 jours). Or, des troubles mentaux grossièrement apparents ont été observés chez notre malade dès le 12e jour après l'empoisonnement et, dans l'intervalle, des accès vespéraux d'anxiété s'étaient produits dans lesquels un onirisme fruste a fort bien pu être méconnu par l'entourage familial. En outre, au début des grands accidents mentaux, des signes d'intoxication digitalique persistaient encore, notamment le ralentissement du pouls à 50 pulsations. Enfin, l'hypothèse incriminant la digitale doit être fortifiée par l'absence de toute autre cause pouvant expliquer cet accès d'onirisme chez un sujet indemne jusque-là de tout accident psychopathique.

En ce qui concerne les particularités des troubles mentaux de notre malade, nous devons noter l'analogie de ses accès oniriques avec ceux que divers auteurs ont décrits dans les cardiopathies. On retrouve en effet, dans notre observation, les caractères habituels de l'onirisme cardiaque: prédominance vespérale, hallucinations à teinte anxieuse, pauvreté du délire résiduel. En même temps que notre intoxiqué, nous traitions un vieillard atteint d'insuffisance mitrale avec arythmie, interné lui aussi pour des accès d'onirisme. Ces accès ont disparu rapidement en même temps que l'état hyposystolique dont ils étaient la conséquence. Ils se présentaient toujours dans la nuit, comportaient des visions angoissantes et laissaient le lendemain quelques idées délirantes facilement réductibles.

Une telle ressemblance pourrait nous induire à supposer une analogie pathogénique : dans l'intoxication par la digitale comme dans les cardiopathies mal compensées, les troubles

mentaux seraient dus à une mauvaise irrigation de l'encéphale du fait d'une impulsion cardiaque trop rare ou trop faible.

On peut supposer également que le poison agit, par son action élective, sur le vague, action dont nous avons noté les indices chez notre malade et dont la répercussion sur la cénesthésie peut se traduire par une anxiété délirante.

Ce sont là des hypothèses qu'il est difficile de vérifier, étant donnée la rareté des cas pour lesquels elles peuvent être discutées.

Il est fort possible d'ailleurs que les deux facteurs troubles de la circulation cérébrale et crise vagotonique interviennent concurremment et combinent leurs effets.

M. Brissot. — La dose de digitale me paraît bien faible. Aussi, me demandé-je s'il ne faut pas attribuer les troubles mentaux à une autre cause toxinfectieuse. J'ai eu un cas analogue, mais par suite de l'absorption de 400 gouttes de solution de digitaline due à l'erreur d'un infirmier, et l'intoxiqué eut des accidents hépato-rénaux.

M. Martimor. — Mon malade n'avait aucun signe d'infection ou d'intoxication autre que celle par la digitale. Mais la susceptibilité des individus est extrêmement variable vis-à-vis de n'importe quel toxique. Ce qui tue l'un n'incommode même pas l'autre.

La séance est levée à 18 heures 15.

Le Secrétaire des séances,
Paul Courbon.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVIII[e] Congrès de Médecine légale de langue française

Président : M. le Professeur BALTHAZARD,
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Vice-Présidents : MM. BELOT, René CHARPENTIER
et LÉVY-VALENSI

Le *XVIII[e] Congrès de Médecine Légale de Langue Française,* qui s'est tenu à *Paris* les *22, 23* et *24 mai 1933,* a présenté un vif intérêt par les questions de psychiatrie qui y furent traitées. L'autorité des rapporteurs et l'ampleur des discussions que ces questions ont entraînées méritent une particulière attention.

I. RAPPORTS

Le delirium tremens traumatique, par M. MAZEL (de Lyon).

Les faits de delirium tremens post-traumatique sont peu nombreux et ne donnent pas lieu à des litiges judiciaires fréquents. Mais les jugements montrent que des solutions différentes ont été données à des cas d'espèces très comparables entre eux.

Il importe tout d'abord de définir ce que l'on entendra par *delirium tremens.* Selon les auteurs, ce terme est pris dans un sens étroit. On peut admettre comme rentrant dans son cadre toutes les manifestations de confusion mentale aiguë hallucinatoire, survenant chez un alcoolique chronique à la suite d'un accident, les formes graves, hyperthermiques, demeurant les plus intéressantes. On pourra exclure les états passagers, sans conséquences médico-légales, d'agitation et de confusion discrète, susceptibles de survenir chez un alcoolique chronique après un traumatisme.

Quant au terme accident, il sera pris dans un sens large, comprenant non seulement les lésions immédiates, mais aussi leurs complications, en particulier infectieuses, et même le choc émotif entraîné par l'accident, les actes opératoires qu'il peut nécessiter.

Pour envisager le sujet dans son ensemble, il y a lieu de résoudre successivement les trois ordres de questions :

1° S'agit-il de delirium tremens ?

2° L'accès de delirium tremens est-il de cause traumatique ?

3° Comment la réparation du dommage doit-elle être assurée dans le cas de *delirium tremens*, ayant fait la preuve de son origine traumatique ?

Considérations anatomo-cliniques. — Le diagnostic de *delirium tremens* se fera surtout d'après la physionomie clinique de la crise : coexistence de troubles confusionnels, d'hallucinations surtout visuelles avec délire onirique, moulé sur elles, agitation, tremblement, insomnies, atteinte de l'état général, parfois hyperthermie et, parmi les anamestiques, la notion de crises antérieures et surtout celle d'un état préexistant d'un alcoolisme chronique. Cet anamnèse d'habitudes éthyliques antérieures devra être confirmée, suivant le cas, par un examen clinique ou par des lésions constatées à l'autopsie ; surtout au niveau du foie, viscère le plus atteint, dans l'alcoolisme chronique, parfois on trouvera aussi de fines lésions cérébrales ou méningées.

Les recherches de laboratoire (examen chimique et cytologique des urines, du liquide céphalo-rachidien, dosage de l'alcool et de l'urée dans le sang, réactions sérologiques classiques) pourront orienter vers un diagnostic autre que celui de *delirium tremens* (ivresse aiguë, paralysie générale, encéphalite psychosique aiguë azotémique) ou déceler des lésions (fracture de crâne) associées au délire aigu alcoolique et susceptibles d'être masquées par lui.

En pratique, le diagnostic peut être délicat en raison des conditions dans lesquelles l'expert intervient, tardivement, après guérison de l'accès ou après décès.

Considérations étiologiques. — Les *delirium tremens* qui se manifestent après un accident ne sont pas tous la conséquence de cet accident et tout l'intérêt de la question est de savoir si c'est le traumatisme qui a déclanché l'accès. Car l'on sait que celui-ci résulte d'un état d'auto-intoxication chez un alcoolique et peut être provoqué, soit par un excès, soit une privation brusque d'alcool, soit la moindre rupture d'équilibre (émotion, traumatisme, maladies infectieuses, etc...).

Trois conditions sont nécessaires pour que l'on puisse admettre un lien de causalité entre l'accident et le délire : délai de temps, localisation de l'action traumatique, importance des lésions réalisées par elle).

Plus seront courts les délais de temps entre le trauma et le délirium, nettement caractérisé, plus il faudra suspecter que l'accès délirant existait avant l'accident. Inversement, si une crise survient plusieurs semaines ou plusieurs mois après la guérison des lésions accidentelles, elle ne saurait être imputée à l'accident.

Comme localisation, il faut distinguer les traumatismes craniens, les traumatismes viscéraux et les traumatismes périphériques.

Enfin, l'importance des lésions traumatiques permet de les ranger en 3 catégories : faits dans lesquels le rôle occasionnel du traumatisme devra être accepté ; faits dans lesquels il devra être rejeté ; faits intermédiaires dans lesquels il pourra, selon le cas, être admis ou rejeté.

Une étude minutieuse de l'état du blessé, au moment de l'accident et des conditions dans lesquelles ce dernier a été réalisé, s'impose dans des cas analogues.

Considérations médico-légales et juridiques. — Dans quelle mesure, l'origine traumatique du délire étant établie, l'accident doit-il être tenu pour responsable du décès ?

Au Pénal, il importe que le magistrat instructeur et le Parquet soient informés avec précisions, en cas de *delirium tremens* compliquant une blessure, du rôle respectif joué dans l'évolution ultérieure, par l'accident d'une part, l'imprégnation alcoolique de l'autre.

Au civil, cette question importante se pose surtout sur le terrain de la loi du 9 avril 1898, l'accident étant survenu au cours et du fait du travail. Mais l'expert peut intervenir aussi à la suite d'accidents de droit commun (art. 1382 et suivants du Code civil) ou en vertu des clauses d'une police d'assurance individuelle.

Le problème ne saurait comporter une solution uniforme, car, selon les cas, le rôle dans le décès de l'accident et de ses complications, est appréciable ou pratiquement nul. La décision sans doute appartient au magistrat, mais il importe que, dans chaque cas d'espèce, celui-ci soit très précisément informé des réalités médicales.

Discussion

M. Etienne Martin (de Lyon) rapporte des observations recueillies en matière criminelle et montre que l'association du *delirium tremens* et de la pneumonie chez les alcooliques chroniques inculpés dans les rixes et amenés dans les postes de police, est assez fréquente.

M. Balthazard insiste sur le fait qu'il peut y avoir des délires traumatiques présentant tous les caractères du *delirium tremens,* chez des individus qui ne sont pas du tout alcooliques. Il en rapporte plusieurs observations avec autopsie ; tantôt le traumatisme a pu agir directement sur les centres nerveux pour donner les troubles confusionnels ; tantôt le délire est survenu au cours d'une complication de l'accident, une pneumonie en général.

M. Desclaux (de Nantes) a pratiqué l'autopsie d'un individu mort au cours d'une crise de *delirium tremens* consécutive à une hémarthrose accidentelle du genou droit. Il a conclu que les deux facteurs, alcoolisme et traumatisme, étaient également responsables de l'éclosion de la crise de délirium. Ces conclusions ont été admises intégralement en conciliation et la responsabilité du décès partagée par moitié entre les deux parties.

M. Balthazard fait remarquer qu'il s'agit là d'une question d'état antérieur : l'alcoolisme, qui est tranchée depuis longtemps. La veuve qui n'était pas au courant, a accepté une transaction, mais aucun tribunal n'aurait admis ce jugement.

M. Costedoat (de Paris) insiste sur la présence des lésions rénales d'origine alcoolique. Il montre le peu d'importauce du dosage de l'alcool dans le sang au cours de l'alcoolisme chronique.

M. Etienne Martin estime que le diagnostic entre le délire traumatique et le delirium tremens est très facile. Il se base sur la présence d'ictère et de signes d'insuffisance hépatique qui caractérisent le délire alcoolique.

M. Brisard (de Paris) approuve les conclusions de M. Desclaux, la responsabilité partagée.

M. René Charpentier (de Paris), invité par le professeur Etienne Martin à donner son avis sur les limites du delirium tremens, répond que, pour sa

part, il se refuse à employer le terme de *delirium tremens*, qui désigne tantôt un délire alcoolique aigu ou subaigu, tantôt un autre délire toxi-infectieux.

M. GENIL-PERRIN (de Paris) est du même avis. Le diagnostic de delirium tremens est surtout un diagnostic chirurgical. En psychiatrie, on dira surtout qu'il s'agit d'un délire onirique, de nature toxique ou infectieuse, survenant chez un traumatisé. Au point de vue médico-légal, la question ne change pas. Ce n'est qu'une question de terminologie.

M. REINBOLD (de Lausanne) expose le mode de fonctionnement de la loi suisse, qui tient compte de l'état antérieur dans les accidents du travail. Mais l'organisme chargé de régler les dommages des accidents du travail est en Suisse un organisme d'Etat et c'est cela qui empêche un grand nombre de procès de s'engager.

M. SCHIFF (de Paris) attire l'attention sur l'extrême rareté du delirium tremens sans participation pulmonaire.

Les aliénés en liberté, par M. le Professeur Henri CLAUDE (de Paris).

La loi du 30 juin 1838, conçue dans un esprit très libéral, prévoyant aussi bien les droits de l'aliéné à être assisté que la Société à être protégée, a rendu de si grands services depuis près de cent ans, que, malgré les critiques dont elle a été l'objet, on a toujours hésité à la modifier. Il faut bien reconnaître pourtant que les conditions de la vie moderne, qui ne sont plus les mêmes qu'au temps d'Esquirol, de Falret père et de Ferrus, nous font l'obligation d'opérer des améliorations, aussi bien dans le régime de traitement des aliénés que dans les moyens de préservation de la Société, à l'égard des réactions dangereuses de ceux-ci. De nombreux exemples montrent le réel danger qu'offrent pour la société ces aliénés souvent en liberté, souvent en imminence de devenir criminels. Il convient donc, avant tout, de mettre en œuvre des mesures de prophylaxie à l'égard des psychopathes, dont la législation actuelle ne tient pas compte.

La loi de 1838 doit être remaniée d'urgence. Le rapporteur évoque à maintes reprises les termes du projet déjà déposé dans ce sens par M. Paul Strauss, sur le Bureau du Sénat en juin 1932.

Les mesures suivantes pourraient être recommandées :

1° Vulgarisation dans l'esprit du public de la notion de curabilité de beaucoup de maladies mentales par des thérapeutiques médicales appropriées, appliquées sans retard en même temps que des dangers que comportent, pour le malade comme pour autrui, la méconnaissance de certains troubles mentaux et la négligence à l'égard du traitement.

2° Multiplier les centres de dépistage et de prophylaxie des maladies mentales et les services ouverts, fonctionnant sur le type de divers services hospitaliers, et accueillant les malades sans autres formalités que celles en usage dans les hôpitaux. Ainsi seront écartées les répugnances et les hésitations des malades et des familles à recourir aux soins du médecin psychiatre.

3° Réserver les services fonctionnant sous le régime légal de l'internement aux malades dont l'état exige une surveillance et une restriction de liberté, du fait des réactions dangereuses qu'ils peuvent présenter, de leur agitation bruyante prolongée, d'un état de démence chronique confirmé, et enfin de leur protestation contre les soins jugés nécessaires.

4° Réglementation ou législation permettant aux établissements publics ou privés pour psychopathes d'assurer à des sujets atteints de troubles mentaux, sans caractère dangereux, les traitements en cure libre sans que les médecins soient exposés aux réclamations ou aux poursuites judiciaires qui sont la conséquence de l'insuffisance de la législation actuelle.

5° Interventions médicales diverses prescrites à l'égard des individus suspects de troubles mentaux méconnus, ou refusant de se soumettre à un traitement ou à un examen dans un service de prophylaxie.

a) Déclaration médicale à l'autorité administrative des cas d'aliénation mentale suspects de réactions dangereuses, à la condition que les représentants de l'autorité administrative soient tenus comme le médecin au secret médical. (C.P., art. 378).

b) Examen d'un sujet suspect de troubles mentaux à caractère dangereux par un médecin spécialisé désigné dans chaque arrondissement par l'autorité administrative ; le médecin, dans le cas de troubles nécessitant un traitement, sera qualifié pour imposer le placement en service libre, ou l'internement après envoi à l'infirmerie spéciale, s'il y a lieu.

c) Dans les cas délicats et contestables, tant au point de vue de l'examen médical que des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, citation par voie administrative pour examen devant une commission médico-judiciaire.

6° Ces mesures de préservation sociale basées sur l'intervention médicale nécessaire, exigeant dans certains cas le recours à la contrainte, ne seront prises, sauf dans les cas d'extrême urgence, qu'après entente par des moyens rapides entre l'autorité administrative et les parquets.

7° La surveillance des aliénés à la sortie de l'asile sera exercée avec vigilance par le personnel compétent des services sociaux qui renseignera les centres de prophylaxie et veillera à la bonne adaptation des personnes aux conditions de la vie sociale. Il en sera de même en ce qui concerne les sujets bénéficiant d'une sortie à titre d'essai ou à titre provisoire

Pour terminer, le rapporteur rappelle que c'est sous l'impression d'un déplorable assassinat que le Préfet de Police, Président d'honneur du précédent Congrès, demanda, lors de la séance inaugurale, que cette question fût mise à l'ordre du jour du prochain Congrès, pour tenter de mettre fin, dans la plus large mesure possible, aux attentats commis par les aliénés en liberté.

Discussion

M. Paul Matter, Procureur général de la Cour de Cassation, estime que la loi de 1838, admirable pour avoir tenu 95 ans sans être trop désuète, doit néanmoins être modifiée et modernisée. Il est complètement d'accord avec le rapporteur et se déclare partisan de la déclaration obligatoire des maladies mentales, de la création d'une Commission médico-légale administrative, et de l'institution d'une mise en liberté surveillée à la sortie des asiles.

M. Truelle (de Paris) insiste sur la nécessité de l'éducation des médecins eux-mêmes en médecine mentale. Il faudrait aussi arriver à modifier l'opinion publique au sujet des asiles d'aliénés, qui sont maintenant de véritables hôpitaux psychiatriques. Enfin, s'il y a lieu de donner des garanties aux malades et à leurs familles, il faudrait aussi en donner aux médecins qui prennent la responsabilité de placer ou de retenir les malades.

M. Toulouse (de Paris) expose le fonctionnement du centre de prophylaxie mentale et des services de cure libre. Toutes formalités doivent être suppri-

mées aux consultations libres, le malade doit pouvoir venir sans se faire connaître, s'il le veut. Si le malade est reconnu atteint et ne veut pas rentrer dans le service, ce serait là l'utilité de la Commission médico-administrative qui pourrait l'y obliger. C'est du reste pour rechercher les moyens de prévenir les gestes regrettables des aliénés et de coordonner les efforts des médecins et des magistrats qu'a été fondée la Société de Prophylaxie criminelle.

M. Demay (de Paris) insiste sur la déclaration obligatoire des maladies mentales et réclame dans tous les cas suspects, l'examen par un médecin spécialiste compétent. Il y aurait peut-être quelque utilité à augmenter le nombre de postes d'assistantes du service social en psychiatrie.

M. Vervaeck (de Bruxelles) donne quelques renseignements sur le fonctionnement de la loi belge, qui permet le contrôle psychiatrique des aliénés à leur sortie de l'asile lorsqu'ils paraissent guéris pendant une période allant de une à dix années.

M. Piétri (de Nice), après avoir souligné tout particulièrement l'intérêt du rapport, demande son envoi à tous les Préfets du territoire.

M. Lauzier (de Clermont) demande le vote d'un vœu en faveur de la création de consultations externes et de services ouverts en province. L'administration en effet s'oppose à l'organisation de semblables services.

M. Hamel (de Nancy) s'associe à la demande de M. Lauzier et demande de plus que l'enquête, toujours très délicate, faite lors d'une demande de placement volontaire, soit exécutée avec plus de doigté. Le placement volontaire, s'il était plus employé, pourrait en effet suppléer dans une certaine mesure aux services ouverts. Il insiste enfin sur la nécessité d'un enseignement psychiatrique plus complet, surtout en province ; l'Académie de Médecine devrait émettre un vœu dans ce sens.

M. Ceillier (de Paris) indique sa surprise, à l'examen d'affaires qui lui sont confiées, du nombre considérable de crimes non prévisibles, mais que l'on aurait pu pressentir et éviter. Il signale d'autre part les difficultés rencontrées dans les procès civils et expose le cas d'un homme qui n'a pu être interdit, simplement par son refus de recevoir l'expert. Enfin le vœu émis par un expert dans son rapport est purement platonique, s'il propose l'internement, celui-ci ne s'ensuit pas toujours.

M. Fribourg-Blanc (de Paris) fait observer que les lois et règlements en vigueur en matière de réformes et de pensions militaires contiennent certaines dispositions très regrettables. C'est ainsi que ces textes autorisent les malades à prendre connaissance des certificats qui les concernent. Il en résulte trop souvent de la part des paranoïaques et des revendicateurs, des accidents graves. Si les notions de psychiatrie étaient plus répandues, le législateur aurait évité de pareilles erreurs.

M. Piedelièvre propose alors au Congrès d'émettre un vœu conforme aux conclusions du rapport.

M. Etienne Martin propose d'émettre plutôt deux vœux séparés, l'un réclamant la création le plus rapidement possible dans les principaux centres de province d'un service ouvert de prophylaxie mentale, l'autre réclamant en attendant l'envoi de circulaires aux maires et aux préfets, leur donnant des instructions pour qu'en présence de chaque cas d'aliénation mentale possible, un médecin spécialiste soit requis pour examen du malade.

M. René Charpentier, Président de la séance, après avoir fait approuver en général les conclusions du rapport du professeur Henri Claude, met aux

voix la proposition de M. Etienne Martin. Conclusions et propositions sont adoptées à l'unanimité des membres présents. Le Bureau du Congrès, M. Henri Claude et M. Etienne Martin, sont chargés par le Congrès de la rédaction de ce vœu.

A la suite de cette séance, les vœux suivants ont été présentés par le Professeur Henri Claude à M. le Ministre de la Justice :

« *Le Congrès de Médecine légale, après avoir entendu les propositions énoncées dans le rapport du Professeur Henri Claude, concernant les mesures à prendre à l'égard des aliénés en liberté, dont les réactions peuvent devenir dangereuses pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, émet les vœux suivants, qu'il soumet à l'attention de M. le Ministre de la Justice et de M. le Ministre de l'Intérieur :*

« *1° Désignation d'un médecin spécialisé dans les maladies mentales, pour examiner le cas des individus signalés comme atteints de troubles mentaux et suspects de réactions dangereuses. Ce médecin aura pour mission de renseigner l'autorité administrative sur les mesures à prendre à l'égard de ces malades, dans un but de préservation individuelle et sociale.*

« *2° Dans les cas d'une interprétation particulièrement délicate et dans le but de fournir toute garantie en ce qui concerne le principe de la liberté individuelle, désignation d'une commission médico-judiciaire constituée par deux ou trois médecins spécialisés dans les maladies mentales, un représentant du Parquet et un représentant de l'autorité administrative, contrôlant les mesures préconisées par les médecins.*

3° Organisation d'une surveillance des sujets soignés pour aliénation mentale et remis en liberté. Cette surveillance, confiée au service social rattaché au centre de prophylaxie mentale, sera exercée pendant un temps défini et avec une activité réglée par les médecins spécialisés affectés à ce centre. »



II. COMMUNICATIONS

La reversibilité des épiphénomènes alcooliques,
par MM. T. Vasiliu et J. Stanesco (de Bucarest).

Ces auteurs passent en revue les formes cliniques progressivement de plus en plus graves de l'intoxication alcoolique chronique et font remarquer que lors de la marche vers l'amélioration, ces syndromes ne disparaissent pas brusquement, mais se transforment régressivement, prenant l'allure de manifestations de moins en moins graves précédemment énumérées, et qu'ils sont en quelque sorte réversibles. Ils en rapportent plusieurs observations.

Sur la loi belge à l'égard des anormaux et des désiquilibrés,
par M. Melissinos (d'Athènes).

M. Melissinos confronte les progrès du système pénitentiaire belge aux propositions du rapporteur, M. Henri Claude, sur les aliénés en liberté ; il explique et discute la dite loi et insiste sur le fait que celle-ci n'entraîne pas une punition mais un internement, sous forme de sentence indéterminée médico-juridique, pendant lequel on recherche dans des établissements spé-

ciaux, à rééduquer moralement et à réadapter à la société les dits psychopathes.

Il émet le vœu que cette remarquable loi soit complétée par une meilleure organisation des services de réadaptation sociale des détenus et que la mise en liberté des déséquilibrés ne soit pas faite de la façon actuelle, mais progressivement.

M. HÉGER-GILBERT (de Bruxelles) montre que la loi belge n'est, en réalité, que l'aboutissement du régime pénitentiaire. Il la résume en quelques mots et insiste sur la nécessité des examens répétés des détenus, afin de pouvoir établir si leur mise en liberté ne constitue pas un danger social.

Les expertises médico-légales et les médecins experts,
par M. PIETRI (de Nice).

M. Piétri estime nécessaire l'expertise contradictoire dans toutes les affaires civiles, criminelles, dans les expertises psychiatriqus et dans celles d'accidents du travail. Il importe que chaque justiciable puisse être défendu par tous les moyens et qu'il ait le droit de choisir son expert aussi bien que le magistrat. En cas de désaccord absolu entre les experts, un troisième expert serait nommé après entente entre les magistrats et les parties.

ORGANISATION DU PROCHAIN CONGRÈS

Le *XIX^e^ Congrès de Médecine Légale de langue française* se tiendra à *Lille* les *21, 22* et *23 mai 1934*.

Président : M. le professeur LECLERCQ (de Lille).

Vice-Présidents : MM. FIRKETT (de Liége), GUIBERT (de Paris), TRIQUENEAUX (d'Avesnes) et ZANGER (Suisse).

Secrétaire général : M. PIÉDELIÈVRE (de Paris).

Secrétaire général-adjoint : M. MULLER (de Lille).

Rapporteurs : MM. DE LAET (de Bruxelles), G. BROUARDEL et DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (de Paris) et RAVIART (de Lille).

FRIBOURG-BLANC.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 1er Juin 1933

Présidence : M. Clovis VINCENT, président

Un signe d'hypertension intra-cranienne (tonoscopie de Bailliart) à travers la cinématographie, par M. Pavia (de Buenos-Aires).

L'auteur insiste sur la valeur de la méthode de Bailliart dans l'hypertension intra-crânienne et sur la possibilité de réaliser la cinématographie du fond d'œil. L'auteur projette un très beau film qui permet d'apprécier de façon vivante les modifications de la circulation rétinienne.

Traitement nouveau de la myasthénie. (Projection d'un film), par M. Forster (de Greifswald).

En employant la vératrine en solution officinale, à la dose moyenne de 10 gouttes, trois fois par jour, l'auteur a pu obtenir de très bons résultats chez les myasthéniques, ainsi qu'on peut le vérifier sur le film qu'il projette.

Sur la neurographie, par M. Makoto-Saito (de Nagaya, Japon).

En partant de ses recherches anatomiques sur l'injection péri-nerveuse des troncs nerveux avec des substances opaques aux rayons X (thorotrast ou autres) l'auteur a pu appliquer cette technique sur le vivant. L'auteur insiste sur l'intérêt pratique de cette méthode dans le diagnostic des affections des nerfs.

Kyste intradural dorsal communiquant avec le liquide céphalo-rachidien. Image lipiodolée en goutte pendante. Guérison opératoire de la compression médullaire, par MM. H. ROGER, M. ARNAUD, Y. POURSINE et J. ALLIEZ.

Evolution chez un homme de 25 ans d'une paraplégie spasmodique, ayant récidivé à 8 ans d'intervalle et réalisant le tableau d'une compression médullaire dorsale avec dissociation albumino-cytologique et blocage complet du liquide céphalo-rachidien. Image lipiodolée curieuse comparable en position assise à une cuvette et en position demi-couchée à une goutte d'eau pendante. Intervention : d'une part kyste intradural, rempli de lipiodol, en communication avec la cavité arachnoïdienne par un pédicule supérieur, d'autre part réaction durale fibreuse, constituée au point de vue étiologique par un mélange de sclérose et d'inflammation, agent principal de la striction méningo-médullaire. Guérison rapide.

Première observation française de maladie d'Hallervorden-Spats, par MM. Cl. VINCENT et L. VAN-BOGAERT.

Les auteurs apportent l'observation anatomo-clinique d'un cas dont le diagnostic *in-vitam* fut celui de maladie de Wilson. L'examen histologique montre une dégénérescence atrophique localisée électivement au pallidum et au locus niger ; il s'agit surtout de lésions cellulaires avec forte surcharge pigmentaire.

L'ostéomyélite de la colonne cervicale, par M. KNUD-WINTHER (de Copenhague).

L'auteur apporte deux observations de cette localisation rare de l'ostéomyélite. La première a trait à un homme ayant présenté une paraplégie flasque, évoluant rapidement, en quatre mois, vers la mort ; la nécropsie montra l'existence de lésions vertébrales typiques. Le deuxième cas est plus intéressant, car il évolue depuis vingt ans, grâce à l'ouverture spontanée de l'abcès dans la gorge, ce qui permet le draînage ; il s'agit de poussées de paraplégie flasque avec troubles sensitifs.

Le phénomène « d'obstacle » dans le liquide céphalo-rachidien et les urines des hyperthermiques, par M. DONAGGIO (de Modène).

L'auteur apporte une nouvelle contribution expérimentale et clinique à la réaction colorimétrique qu'il a décrite dans les urines et le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints d'hyperthermie.

Le paralytique général — qu'il prononce ou écrive le mot d'épreuve — a des lapsus non par dysartrie, mais par inattention, par omission, assimilation ou dissimulation syllabique, par MM. J. FROMENT et GUIBERT.

Les auteurs montrent que le test des mots d'épreuve est à tort tenu pour test de dysarthrie. Les mots d'épreuve en toutes langues sont choisis de telle manière qu'ils invitent à la confusion des syllabes. Ce sont en réalité les perturbations et l'instabilité de la mémoire verbale et de l'attention qui rendent compte des lapsus linguæ et des lapsus calami : tous deux d'ailleurs exactement superposables.

Le test des mots d'épreuve — par écrit — avant et après impaludation et stovarsol, par MM. J. FROMENT et CHRISTY.

Les auteurs comparant des documents pris chez des paralytiques généraux soumis au test des mots d'épreuve par écrit, montrent que la normalisation se fait après impaludation suivie ou non de stovarsol, ce qui fait que les troubles de l'attention restent longtemps liés à la confusion mentale pré-démentielle.

Les troubles neuro-végétatifs après les traumatismes craniens, par M. MINKOWSKI (de Zurich).

A propos d'un cas de syndrome subjectif post-traumatique, l'auteur envisage la physio-pathologie, et après avoir passé en revue les différentes théories proposées, pense qu'une si riche symptomatologie ne peut s'expliquer que par dysfonction centrale, tenant à des lésions microscopiques de la *substantia grisea centralis*, c'est-à-dire des formations végétatives des 3e et 4e ventricules, ainsi qu'il a pu le vérifier histologiquement dans de nombreux cas.

A propos de la réaction pupillaire paradoxale, M. MEDEA (de Milan).

M. Medea a cherché ce signe systématiquement et a pu réunir treize cas, presque tous chez des paralytiques généraux. L'auteur passe en revue les diverses hypothèses émises sur le mécanisme physio-pathologique, mais aucune n'est satisfaisante.

Décérébration supra-thalamique chez le chat. Etudes des réflexes conditionnels et innés, par MM. MARINESCO, SAGU et KREINDLER (de Bucarest).

Les auteurs ont pu garder en survie et étudier complètement un chat pendant 445 jours. L'animal ne récupère pas complètement la motilité, la démarche n'est plus normale, des attaques d'épilepsie surviennent fréquemment ; le tonus des fléchisseurs est augmenté. Quant aux réflexes conditionnels ils ont été perdus, mais l'animal est capable, si l'on emploie un plus grand temps que normalement, d'être conditionné à un son.

L'aphasie élective des polyglottes, par M. MINKOWSKI.

L'auteur rapporte un nouveau cas et insiste sur le mécanisme psycho-physiologique de ces amnésies électives, qui peut s'expliquer par une régression affective et par des *interférences* des langues plus usuelles chez le même sujet, au bénéfice de celle qui l'est moins.

Jean TUSQUES.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 Mai 1933

Présidence : M. DIVRY, président

Le repérage ventriculaire, par M. LARUELLE.

Exposé de la méthode de l'auteur, envisagée principalement au point de vue de la technique et de l'interprétation des images radiologiques. Contrairement à la ventriculographie, épreuve pré-opératoire, qui donne une image de la capacité des ventricules et qui s'adresse aux cas dans lesquels le diagnostic de tumeur cérébrale est à peu près certain, le repérage ventriculaire est une épreuve clinique, qui donne une image simplement topogaphique et qui s'adresse principalement aux cas douteux dont la symptomatologie n'impose pas d'emblée une intervention chirurgicale.

C'est un procédé d'investigation clinique à ajouter aux autres ; il est sans danger pour le malade et donne dans un grand nombre de cas (50 0/0 environ) des renseignements précieux sur le siège et la nature d'une lésion éventuelle. Il consiste dans l'injection par voie lombaire de petites quantités d'air (2,3 ou 5 cc.) qui va se placer à la voûte des ventricules latéraux, où il donne à la radiographie une image particulière qui sert de repère pour déceler une déformation, une obstruction ou un déplacement éventuel des cavités.

L'auteur expose en détail les diverses précautions à prendre au point de vue technique et démontre par de nombreuses projections les résultats qu'on peut attendre de cette méthode, ainsi que les diverses causes d'erreurs possibles. L'inocuité de cette épreuve est démontrée par le fait que sur plus de 500 repérages pratiqués par l'auteur, aucun accident n'a été à déplorer.

Au point de vue psychiatrique plus particulièrement l'auteur montre que le repérage ventriculaire peut fournir souvent des renseignements très utiles, dans les cas de troubles mentaux atypiques et difficiles à interpréter.

J. LEY.

Groupement Belge d'Etudes d'Oto-neuro-ophtalmologie et de Neuro-Chirurgie

Séance du 27 Mai 1933

Présidence : M. CHEVAL

Glioblastome pariétal droit ; intérêt de la ventriculographie, par M. P. Martin.

Présentation d'une malade qui avec des signes d'hypertension intracranienne présentait une symptomatologie presqu'exclusivement cérébelleuse. L'examen révéla des troubles astéréognosiques du côté gauche. La ventriculographie directe montra un effacement du ventricule droit. Il s'agissait en réalité d'une tumeur de la région pariétale droite qui fut extirpée avec succès.

Actuellement la malade présente encore quelques troubles ataxiques (ataxie de direction) très différents de l'ataxie cérébelleuse.

Endothéliome préfrontal droit, par MM. P. Martin et J. Heernu.

Présentation d'une malade qui était atteinte de troubles mentaux d'allure paralytique avec dysarthrie et paresse des réactions pupillaires. L'examen neurologique ne révélait qu'une hyperréflectivité tendineuse du côté droit. Il existait des signes d'hypertension intracranienne et une dissociation albuminocytologique du liquide céphalo-rachidien.

L'épreuve de l'hyperpnée fit apparaître une légère parésie faciale gauche, et une hyperréflectivité tendineuse du côté gauche. La ventriculographie montra l'obstruction du ventricule droit. Il s'agissait d'un endothéliome du lobe préfrontal droit qui fut extirpé. Les troubles mentaux ont rapidement rétrocédé et la malade est actuellement complètement guérie.

Maladie de Paget héréditaire et familiale avec rétinite pigmentaire, par M. L. van Bogaert.

Présentation de l'arbre généalogique et de divers documents concernant une famille observée depuis plus de 40 ans, et dont certains membres présentent l'association morbide rare de la maladie osseuse de Paget avec une rétinite pigmentaire.

L'arbre généalogique porte sur six générations ; il comporte deux branches principales dont l'une est indemne ; l'autre se divise en deux sous-

branches dont l'une présente des cas de Paget complet avec rétine normale, l'autre des cas de Paget partiel avec rétinite pigmentaire.

Dans les cas de Paget partiel n'atteignant pas les os du crâne, il n'y a pas de rétinite pigmentaire.

Les derniers descendants de cette famille sont tous indemnes. On assiste donc à l'éclosion d'un complexe ostéo-pigmentaire, puis à sa dissociation et enfin à sa disparition.

Ces deux affections ont été attribuées à l'hérédo-syphilis ; il n'existe cependant aucun stigmate de cette affection dans la famille.

L'auteur s'est livré chez certains de ces sujets à des recherches biochimiques : le métabolisme calcique et le métabolisme phosphoré ne présentent aucune modification, mais chez 4 malades sur 5 on a constaté une forte augmentation de la cholestérinémie.

L'auteur compare ces associations morbides à celles de l'idiotie amaurotique et de la sclérose tubéreuse dans lesquelles on peut voir aussi chez certains sujets, malgré la dissociation du complexe morbide, la transmission de ses divers éléments à la descendance. Il s'agit probablement de manifestations hétérophènes d'une maladie dont nous ne connaissons pas les causes.

Les leuco-encéphalites simulant les néoplasies cérébrales. Le type concentrique de Balo, par M. L. VAN BOGAERT.

Etude anatomo-clinique du cas d'une jeune fille de 22 ans dont l'affection a débuté par des céphalées avec diplopie, suivis de double stase papillaire et enfin d'hémiplégie avec accès de contracture douloureuse. Les diagnostics de tumeur cérébrale et de maladie de Schilder furent successivement envisagés. Il s'agissait en réalité de l'affection décrite en 1925 par Balo, sous le nom de *leuco-encéphalite concentrique* et dont il existe actuellement six observations dans la littérature.

Elle se caractérise par le début brusque et l'évolution rapide chez des adultes jeunes, d'une hypertension intracranienne avec vomissements, stase papillaire, signes de lésion en foyer et spasmes toniques. L'évolution est fatale. L'allure de l'affection permet de la distinguer cliniquement d'une tumeur cérébrale à évolution aiguë et d'une sclérose diffuse. L'auteur montre par des projections l'aspect très spécial du foyer, qui présente à la coupe des couches concentriques comparables à celles de l'agathe.

Histologiquement on observe dans les tranches ramollies des cellules géantes de neuroglie protoplasmique avec doubles noyaux ; contrairement à ce qui s'observe dans la maladie de Schilder, on y trouve également des éléments graisseux, et une réaction conjonctive (fibroblastes). Les parois vasculaires sont souvent sclérosées.

Arachnoïdite post-traumatique, par M. P. VAN GEHUCHTEN.

Observation anatomo-clinique d'un sujet de 53 ans, qui deux ans après un traumatisme cranien grave (fracture du crâne, coma de plusieurs jours suivi d'hémiplégie gauche et d'aphasie) présenta des céphalées avec petites crises de contracture du côté gauche. L'examen révéla de légers troubles de la sensibilité de ce côté, une hémianopsie homonyme gauche, ainsi qu'une hypertension du liquide céphalo-rachidien.

L'encéphalographie montra une obstruction de la corne occipitale droite.

Décès par hémorragie méningée survenue accidentellement quelques jours après la trépanation décompressive.

Les deux hémisphères étaient recouverts d'une membrane jaunâtre avec petites dilatations kystiques, aspect résultant d'une arochnoïdite généralisée. L'examen histologique montre que le feuillet viscéral de l'arachnoïde est très épaissi et infiltré de foyers de lymphocytes et de vastes espaces sanguins. A certains endroits, les traînées inflammatoires pénètrent dans les circonvolutions.

La pie-mère est très épaissie également, et souvent les deux membranes sont adhérentes, atteignant jusqu'à 1/2 centimètre d'épaisseur.

Le rapport entre ces lésions et le traumatisme ne paraît pas douteux, car toute autre cause d'arachnoïdite peut être exclue.

L'auteur insiste sur l'importance de ces cas démonstratifs au point de vue médico-légal.

J. Ley.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Epilepsie et syndromes schizophréniques, par Fabio PENNACCHI. (*Annali dell' Ospedale psichiatrico di Perugia*), septembre 1932.

L'auteur, dans une très intéressante étude, apporte une nouvelle contribution à la question si importante de l'association épilepsie et schizophrénie.

Il cite à ce sujet trois observations personnelles. Il s'agit de deux jeunes hommes de 27 et 32 ans et d'une jeune fille de 24 ans, qui ont présenté tout d'abord un syndrome schizophrénique classique et chez qui ont apparu depuis quelques années des manifestations épileptiques des plus nettes. Quelquefois ce sont au contraire les phénomènes comitiaux qui précèdent l'apparition de l'hébéphrénie.

L'auteur pense que dans tous ces cas on doit supposer qu'il existe des conditions constitutionnelles particulières se rapportant aussi bien aux centres corticaux qu'aux centres sous-corticaux.

Paul ABÉLY.

A propos de l'interruption du syndrome catatonique, par S. GULLOTTA. *Rivista di patologia nervosa et mentale*, août 1932.

De toutes les méthodes destinées à suspendre la catatonie, il semble que la meilleure soit celle basée sur l'usage d'hypnotiques de la série barbutyrique. C'est celle qui donne les résultats les plus constants et en l'absence de tout inconvénient.

L'auteur étudie ainsi 12 catatoniques traités par l'amital sodique (sel sodique de l'acide iso-amyl-éthyl-barbutyrique) qu'il administre par voie endoveineuse.

Ce procédé, tout en supprimant la catatonie, a le grand avantage de permettre un examen psychique et surtout psychologique plus complet. Il fait découvrir aussi que la catatonie peut se produire avec le sommeil comme avec l'hypnose médicamenteuse et qu'elle peut s'interrompre avec le réveil, il laisse donc supposer qu'il existe entre le sommeil et la catatonie des

affinités et des ressemblances qui font penser que la catatonie dépend de troubles physiologiques du système nerveux.

La plupart des substances hypnotiques utilisées agissent sur les centres sous-corticaux. Il est probable que les modifications physio-chimiques se traduisent par une excitation et comme une restauration passagère des centres inhibés ou intoxiqués et par une reprise d'un équilibre entre ces centres et la corticalité cérébrale.

Cette méthode est utile quant à l'étude de la catatonie, mais n'a pas de valeur thérapeutique, tout au moins jusqu'à présent.

Paul Abély.

Analyse du psychodiagnostic de Rorschach dans un cas de schizophrénie, par José Salas. *Archivos de Neurobiologia*, mars-avril 1932.

La méthode consiste à établir le diagnostic d'une psychose sur l'ensemble des réponses fournies par le sujet à un questionnaire descriptif déterminé. On apprécie par ce procédé l'attention, les associations d'idées, l'affectivité par le symbolisme de certains détails descriptifs. La formule mentale obtenue donne le pourcentage de réponses justes et d'absurdités, les tendances interprétatives, la fabulation, l'état de cohésion des éléments psychologiques, etc. L'auteur élimine, dans l'exposé de son observation, l'oligophrénie, l'épilepsie, la psychose maniaque-dépressive, les démences organiques. Il conclut à une variété hébéphrénique de schizophrénie. Dans la pratique, il lui arrive d'obtenir, d'abord, des résultats opposés à ceux que fournit l'examen clinique courant, mais il note qu'une observation plus attentive et prolongée du malade modifie en général l'impression initiale et démontre le bien-fondé des conclusions imposées par le psycho-diagnostic de Rorschach.

P. Carrette.

Hallucinations auditives sans psychose dans l'enfance, par Max Levin. *The American Journal of Psychiatry*, mai 1932.

L'auteur rapporte 4 observations d'hallucinations auditives découvertes fortuitement chez des garçons de 8 à 14 ans, en dehors de tout état psychopathique aigu ou évolutif. Toutefois, dans 2 des cas, l'examen d'ensemble du psychisme fait craindre un début de schizophrénie, 2 des sujets ont des troubles de la sphère auditive et les 4 petits malades ont un niveau intellectuel nettement inférieur à la moyenne. Les thèmes hallucinatoires répondent aux préoccupations habituelles de l'enfance, sans importante construction imaginative : paroles approbatives ou flatteuses, conseils, reproches.

P. Carrette.

Démence paralytique de Lissauer. Etude Clinique et Pathologique, par H. Houston Merritt. *Archives of Neurology and Psychiatry*, mai 1932.

Une revue générale appuyée sur 35 observations, et 8 cas nouveaux avec examen anatomique complet de l'encéphale servent de matière à un important travail sur les paralysies générales associées. Les caractéristiques cliniques sont : la durée de l'évolution, la fréquence des attaques généralisées

ou jacksoniennes, l'apparition de signes durables de localisations. Les lésions scléreuses, souvent unilatérales, prédominent dans le lobe temporal et la partie inférieure du lobe pariétal. A un stade avancé, on constate l'atrophie spongieuse du cortex et une grosse perte de myéline dans la substance blanche, résultat de la combinaison de lésions inflammatoires encéphalitiques et de scléroses vasculaires envahissant de préférence les territoires desservis par les branches postérieures de l'artère sylvienne.

P. CARRETTE.

Rémission d'un accès maniaque avec négativation luétique du liquide céphalo-rachidien, par J. FUSTER. *Archivos de Neurobiologia*, mars-avril 1932.

Il s'agit d'une observation intéressante par sa portée sociale. La malade, fille de paralytique générale, présente, au cours d'un accès maniaque franc, des altérations du liquide céphalo-rachidien du type syphilitique atténué et des troubles pupillaires. Le traitement, insuffisant pour agir sur les réactions humorales, s'est limité à quelques injections de sels de bismuth et de mercure. L'accès maniaque guérit en un mois et le liquide céphalo-rachidien redevient normal. Quelques mois plus tard, la malade se marie contre l'avis du médecin.

P. CARRETTE.

Les rapports entre les affections des sinus et les maladies mentales. (Die Beziehungen der Erkrankungen der Nebenhöhlen zu Geisteskrankheiten), par F. A. PICKWORTH. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Vol. 141, fasc. 3, 1932.

L'auteur a pratiqué 200 autopsies, et a constaté l'existence d'infections sinusables dans 91 cas ; les sinus sphénoïdaux étaient atteints dans 65 cas, les sinus maxillaires dans 49 cas. L'examen histopathologique pratiqué dans 55 cas a fourni des précisions intéressantes sur les altérations tissulaires et les voies de propagation de l'infection vers les tissus intracraniens : méninges, hypophyse, encéphale. Les perturbations mentales sont dues à des troubles de la circulation capillaire locale, ou à l'action prolongée des toxines bactériennes. Les rapports topographiques étroits entre les troncs artériels qui nourrissent le cerveau et les sinus sphénoïdaux expliquent l'absorption facile des toxines provenant des infections sinusales et leur action nocive sur les centres.

E. BAUER.

Les intoxications par les composés barbituriques, par Alfredo BUZZO et Rogelio E. CARRATALÁ. *La Semana Médica*, 30 juin 1932.

Les auteurs montrent l'intérêt médico-légal de leur études. Les cas d'intoxication accidentelle, les tentatives de suicide par le véronal ou le gardénal se multiplient. On a eu la surprise de constater la transformation *post mortem* des barbituriques en dérivés cyanhydriques. Les symptômes de l'empoisonnement massif se résument en un état comateux de nature urémique. A un degré moins intense, on a pu observer des manifestations léthargiques vérifiant l'affinité des dérivés du véronal pour le mésocéphale et reproduisant des syndromes qui rappellent ceux de l'encéphalite épidémique. Le barbiturisme aigu provoque des psychoses qui simulent celles de

l'alcoolisme. Les formes chroniques rappellent les syndromes neurologiques de toutes les intoxications. Buzzo et Carratala signalent le résultat paradoxal de l'administration prolongée des barbituriques, qui finissent parfois par ne plus amener de sédation des états d'excitation, mais provoquer au contraire de l'irritation, des troubles du caractère, des réactions coléreuses, violentes, agressives.

P. Carrette.

Les variations cardio-respiratoires dans les études sur la personnalité, par J. A Larson et G. W. Haney. *The American Journal of Psychiatry*, mai 1932.

Les auteurs rappellent les indications précieuses fournies à la clinique par l'étude des modifications cardio-respiratoires obtenues artificiellement par l'usage de certains médicaments, tels que l'adrénaline, la morphine, la thyroïdine. La pharmacodynamie normale de ces produits est assez connue pour permettre une interprétation utile de la constatation de réactions paradoxales dans un cas déterminé.

A ces renseignements, Larson et Haney ajoutent des investigations sur l'émotivité des sujets et la sincérité de leurs réponses par l'examen polygraphique. Cette technique complète celle du réflexe psycho-galvanique. Les pneumo-cardiogrammes suppléent parfois à l'insuffisance de la psychanalyse, révèlent l'état de l'attention, l'activité hallucinatoire, le réveil affectif des schizophrènes. Chez les enfants, les auteurs ont pu explorer plus sûrement les conflits sexuels et supprimer les fraudes au cours de certains interrogatoires chez les délinquants.

P. Carrette.

Modifications psychologiques de la personnalité normale et pathologique sous l'influence de l'amytal sodique, par Erich Limdemann. *The American Journal of Psychiatry*, mai 1932.

L'amytal sodique, comme le somnifène, est un dérivé de l'acide barbiturique. Injecté dans l'organisme, il produit, après une période de profond sommeil, un état d'excitation logorrhéique. Cette propriété a été utilisée pour diminuer l'inhibition chez les déprimés et les schizophrènes, faire cesser pendant quelques temps la stupeur des catatoniques. Lindemann tend à admettre que la drogue produit secondairement une libération des activités qui dépendent des ganglions de la base du cerveau et des noyaux voisins du 3e ventricule.

P. Carrette.

Type constitutionnel et arc sénile. (Konstitutionstypus und arcus senilis), par E. Stömgren. *Acta psychiatrica et neurologica,* Vol. VII, fasc. 3, 1932, Copenhague.

Sur 371 aliénées de l'asile de Vordingborg (Danemark), 41 présentent un arc sénile ; 32 sont des pykniques purs. La fréquence de l'arc sénile chez les pykniques est, selon l'auteur, en rapport avec la prédisposition de ces sujets à l'artériosclérose et avec leur tendance à l'hypercholestérinémie.

E. Bauer.

NEUROLOGIE

L'hypertonie de certaines intoxications des centres extrapyramidaux, par B. Perpina Robert. (*Revista de medicina legal, criminologia y psiquiatria forense*, Barcelone, 1re année, nº 4, juillet 1932).

La maladie de Parkinson a perdu dans ces dernières années beaucoup de son individualité clinique ; il n'y a aucune raison de l'isoler en une entité nosologique puisqu'elle constituerait un syndrome caractérisé par des lésions de même siège, mais d'étiologie variable. La bulbocapnine, l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, l'acide prussique et d'autres substances toxiques peuvent déterminer des tableaux cliniques extrapyramidaux extrêmement nets. Ces produits possèdent une action nécrosante sur les centres gris du mésocéphale, en particulier sur les éléments de constitution isomorphe, c'est-à-dire le système pallidal nigérien. On peut réaliser ainsi une véritable expérimentation sur le vivant. La suppression anatomique et fonctionnelle ainsi provoquée de ces centres, a une conséquence clinique fondamentale : la détermination d'une hypertonie de caractère extrapyramidal, traduisant l'inhibition du frein que représente l'action des noyaux gris sur les éléments régulateurs du tonus de la fibre musculaire sarcoplasmatique.

Lauzier.

Le réflexe du museau chez l'homme (Über den Rüsselreflex beim Menschen), par 1. Susmann Galant (de Leningrad). *Archives suisses de Neurologie et de psychiatrie,* Vol. XXIX, fasc. 1er, 1932.

Ce réflexe, obtenu par la percussion des lèvres, consiste en leur protrusion en forme de museau ou de groin. Il est très répandu dans la série animale, son existence est normale chez le nourrisson, il est apparenté au réflexe oral du fœtus. C'est un réflexe rudimentaire, vestige d'une fonction appartenant à un stade phylogénique antérieur de l'espèce humaine. Chez l'adulte normal, il n'existe pas, mais on l'observe dans certaines maladies nerveuses et mentales. On doit le considérer alors comme un réflexe de désagrégation, « Abbaureflex », son apparition étant due à la suppression de certaines fonctions psychiques élevées.

E. Bauer.

Le diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales. L'importance de la recherche de l'hypertension rénale et de la stase papillaire, par Francis C. Grant. *Archives of Neurology and Psychiatry*, avril 1932.

La céphalée, les vomissements, un ensemble de troubles neurologiques orientent en général le diagnostic vers la tumeur du cerveau. Les signes d'hypertension intracranienne fournissent toutefois l'élément le plus solide de probabilité et la stase papillaire est un symptôme assez constant. L'auteur complète ces indications cliniques en montrant l'intérêt de l'examen des fonctions rénales, souvent altérées, même chez des sujets jeunes et avant l'éclosion de signes périphériques de sclérose vasculaire.

P. Carrette.

Une forme héréditaire et familiale de sclérose tubéreuse. (Einfe amiliäre und hereditäre Form von tuberöser Sklerose), par I. Koenen (de Vugt, Hollande). *Acta psychiatrica et Neurologica*, Vol. VII, fasc. 3, 1932, Copenhague.

On ne connaît jusqu'ici que quatre observations de sclérose tubéreuse familiale et héréditaire. Dans la famille étudiée par l'auteur, 6 sujets appartenant à trois générations successives : le père, 3 enfants, 2 petits-enfants (frères), sont atteints de la maladie. Tous présentent les lésions cutanées caractéristiques, 3 ont encore ou ont eu des crises épileptiformes, un a de l'albuminurie. Il semble que l'apparition des troubles ait été plus précoce chez les malades appartenant à la troisième génération.

E. Bauer.

Troubles sensitifs apoplectiformes. (Apoplectiforme Sensibilitätsstörungen). par Zeiner-Henriksen (d'Oslo). *Acta psychiatrica et neurologica*, Vol. VII, fasc. 3, 1932, Copenhague.

A propos de 5 cas de troubles sensitifs apparus brusquement chez des sujets, dont 4 étaient atteints d'hypertension artérielle, l'auteur discute la genèse de ces troubles — qui doivent être attribués à des hémorragies corticales très circonscrites —, et la topographie périphérique des anesthésies corticales : type distal, type focal, types radial et cubital, type segmentaire, intégrité des zones médianes.

E. Bauer.

La spirochétose méningée pure, par P. Nicaud. *La Presse Médicale*, 18 mai 1932.

Cette forme atypique de la spirochétose ictérigène comprend un syndrome méningé accompagné d'herpès naso-labial et d'injection conjonctivale. Les signes généraux n'atteignent pas un caractère net de gravité. Les altérations du liquide céphalo-rachidien consistent fréquemment en une importante réaction lymphocytaire. Toutes ces données ne peuvent que faire soupçonner le diagnostic qui demande à être précisé par le séro-diagnostic, l'inoculation au cobaye et la réaction de neutralisation du virus. L'auteur note l'évolution favorable, mais à rechute, et l'action parfois rapide de la sérothérapie.

P. Carrette.

Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée. Ses relations avec les anévrismes des vaisseaux sanguins du cerveau, par Israël Strauss, Joseph H. Globus et Solomon W. Ginsburg. *Archives of Neurology and Psychiatry*, mai 1932.

L'expression d'hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée désigne l'épanchement massif de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens à la suite de rupture vasculaire et à l'exclusion des désordres secondaires à un trauma ou à une hémorragie cérébrale. La symptomatologie qui résulte de l'examen des 34 cas rapportés montre cliniquement une période prodromique avec céphalée, vertiges, nausées, rigidité ; l'apparition soudaine d'un état comateux plus ou moins complet avec convulsions et paralysies. Les signes

d'hypertension intracranienne surviennent et la certitude résulte de l'examen du liquide céphalo-rachidien, d'abord sanglant, puis xanthochromique. Le retour à la normale s'effectue en quelques semaines, avec la possibilité de récidives qui aggravent le pronostic. Les ponctions lombaires répétées hâtent l'évolution favorable, Les conditions les plus diverses dans lesquelles se produisent ces épanchements sanguins laissent subsister bien des obscurités dans le problème étiologique.

P. CARRETTE.

Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens postérieurs par réticulo-sarcome de l'angle ponto-cérébelleux, par Jose M. CID. *Boletin del Instituto Psichiatrico de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario,* juillet-décembre 1932.

La tumeur de la base du crâne observée est une variété de sarcome de Ewing, entrant dans le diagnostic général des réticulo-sarcomes indifférenciés d'Oberling. L'auteur croit pouvoir établir que son origine est dans les cellules réticulées endothéliales de la moelle osseuse, les os voisins de la base du crâne présentant une métaplasie lymphoïde hypertrophiante. Il s'agit d'une réaction tumorale, extrêmement rare au niveau de l'occipital intéressé. Le tableau clinique initial avait imposé le diagnostic de tumeur de l'acoustique.

P. CARRETTE.

Zona infectieux et zona traumatique, par P. LAMOTHE et H. BERNADOU. *Le Progrès Médical,* 21 mai 1932.

Les auteurs citent 2 cas de contagion évidente, fait qu'ils considèrent comme rare. L'existence du zona traumatique a un intérêt médico-légal à retenir. Pour en établir la preuve, il faut s'assurer du diagnostic exact de l'éruption et constater que le trauma a touché les ganglions des nerfs dont les terminaisons correspondent aux zones d'apparition de l'éruption herpétique.

P. CARRETTE.

La névralgie du nerf glosso-pharyngien, sa symptomatologie et son traitement chirurgical, par J. H. CHAVANY et H. WELTI. *La Presse Médicale,* 25 juin 1932.

Bien moins connue que la névralgie du trijumeau, la névralgie de la 9e paire mérite cependant d'être étudiée au même titre, son individualisation clinique est nette. Chavany et Welti la décrivent à propos d'un cas dont ils donnent l'observation. La violente douleur se localise au plan profond de l'angle de la mâchoire, à la base de la langue, au niveau des gouttières latérales du pharynx. Le réflexe, toujours unilatéral, parfois déclanché en apparence spontanément, est le plus souvent provoqué par la déglutition ou le contact alimentaire et disparaît transitoirement par la cocaïnisation. En dehors des causes toxi-infectieuses, fréquemment imprécises, il faut rechercher l'origine d'un certain nombre de cas dans les processus tumoraux du voisinage.

Dans les formes sèvères, on pratique la section du nerf, soit dans le crâne (opération de Dandy), soit immédiatement à la sortie. Les douleurs cessent radicalement. L'intervention permet d'intéressantes constatations

anatomo-physiologiques : innervation par la 9e paire du 1/3 postérieur de la muqueuse linguale, absence de troubles salivaires, distribution de la sensibilité aux parois pharyngées, absence de rameaux moteurs destinés au constricteur moyen.

P. CARRETTE.

L'apparition de la chorée de Huntington dans une famille de la Suisse orientale. Das Auftreten der Chorea Huntington in eimer Familie der Ostschweiz), par A. GAULE (de Zurich). *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXIX, fasc. 1, 1932.

L'observation d'un cas de chorée de Huntington typique a amené l'auteur à faire une enquête familiale, qui a porté sur 5 générations. Les cas non douteux de la maladie se répartissent de la façon suivante : l'ancêtre né en 1779, 2 de ses fils, 2 fils de l'un de ces derniers, 3 enfants d'un des petits-fils, 4 sujets appartenant à la 5e génération. En outre de l'hérédité dominante de la maladie, on observe le phénomène de l'antéposition : au cours des générations successives les troubles font leur apparition d'une manière de plus en plus précoce. Enfin de nombreux autres représentants de la famille présentent des troubles névro et psychopathiques du genre de ceux dont Kehrer avait déjà établi les rapports avec la chorée de Huntington.

E. BAUER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La place de la psychiatrie dans l'éducation médicale, (The Place of Psychiatry in Medical Education) par Ralph A. NOBLE. *The Journal of Mental Science*. T. LXXVIII, no 323, pp. 793-802, octobre 1932.

L'auteur estime insuffisant l'enseignement psychiatrique donné en fin de scolarité et borné à l'étude des grands syndromes, illustrée par la présentation de quelque cas typiques. La pratique quotidienne met le médecin en face de formes frustes ou méconnues, de psychoses à leur stade aigu. Celui-ci ne peut être renseigné que par une culture psychiatrique développée tout au long des années de faculté et d'hôpital. Pendant l'initiation à l'anatomie et à la physiologie, il convient de faire connaître à l'étudiant des rudiments de psycho-biologie et de neurologie. Plus tard il est indispensable de maintenir un contact étroit entre les services généraux de médecine et de chirurgie et ceux de clinique mentale. Enfin l'hygiène mentale doit être enseignée au même titre que l'hygiène physique.

Il y a aux Etats-Unis et au Canada une proportion insuffisante d'écoles capables d'assurer cet enseignement rationnel. La clinique psychiatrique doit être annexée à l'hôpital général et voisine de l'université. Les écoles-cliniques, les services de cure libre sont trop fréquemment maintenus hors du cadre de l'enseignement médical et ne sont fréquentés que par les spécialistes obligatoirement intéressés à leur fonctionnement.

Le trouble mental n'est pas le résultat de l'hérédité seule, ni d'une infection bactérienne, ni d'une insuffisance glandulaire, ni d'un choc émotif, ni d'une ambiance malsaine, ni d'un développement infantile défectueux; il est l'aboutissement de plusieurs facteurs. Le médecin doit étudier la condition

humaine et posséder des données sûres en pathologie mentale, tout comme le psychiatre est tenu de faire appel aux connaissances tirées de nombreuses branches de la pathologie médicale.

P. CARRETTE.

La fatigue intellectuelle chez l'enfant, par Gilbert ROBIN. *Le Monde Médical,* pp. 844-848, 1-15 septembre 1932.

La crise de paresse chez l'enfant peut avoir des causes pathologiques et connaître ces causes c'est souvent trouver le remède. Une fatigue idiopathique, d'après Robin, ne saurait se concevoir. Elle peut être attribuée aux facteurs suivants le surmenage dont le premier signe est l'inattention ; l'asthénie, parfois constitutionnelle, ou d'origine surrénalienne, hépatique ; enfin l'épuisement qui résulte de l'onanisme répété. L'auteur signale en terminant la fatigabilité intellectuelle avec aprosexie parmi les signes avant-coureurs trop souvent méconnus de la démence précoce.

P. CARRETTE.

Le rôle joué par la masturbation dans l'étiologie des troubles mentaux, (The Role Played by Masturbation in the Causation of Mental Disturbances), par Wm. MALAMUD et C. PALMER. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* T. LXXVI, nº 3 et 4, pp. 220-233 et 366-379, septembre et octobre 1932.

Il est impossible de fixer exactement l'importance de la masturbation dans le domaine de la physio et de la psychopathologie. On la constate chez des gens normaux et elle peut même devenir fréquente dans l'adolescence et à la ménopause chez la femme sans provoquer des désordres psychiques. Son apparition coïncide assez souvent avec l'éclosion de troubles mentaux variés ; elle apparaît alors comme une des premières conséquences de conflits affectifs, beaucoup plus que comme facteur étiologique. Sa pratique habituelle relève de constitutions psychopathiques, du déséquilibre émotif transitoire. Les auteurs estiment qu'il n'existe pas de troubles mentaux spécifiques engendrés par l'onanisme. Le traitement des cas chroniques est affaire de réadaptation au milieu, d'éducation.

P. CARRETTE.

Prophylaxie de l'influence aggravante de la menstruation sur les maladies latentes et persistantes, particulièrement les psychoses et la tuberculose pulmonaire, par E. MENNINGER. Lerchenthal. *Zeitschrift für die g. Neurologue und Psychiatrie,* 1932. Tome CXLI, p. 235 à 246.

La menstruation agit souvent comme un « agent provocateur » (*sic*) de troubles. Intéressante revue générale de la question, particulièrement au sujet de la tuberculose pulmonaire. L'auteur préconise le traitement de ces troubles par les extraits épiphysaires.

Henri EY.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La Société Médico-Psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance, exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 juillet 1933*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant les mois d'*août* et de *septembre*.

La séance ordinaire du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1923*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie.

M. le Dr Paul SOLLIER, Commandeur de la Légion d'Honneur, Commandeur de l'Ordre de Léopold, Commandeur d'Orange et Nassau, Chevalier du Christ de Portugal, Chevalier de Sainte-Anne de Russie, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-médecin-directeur du sanatorium de Boulogne-sur-Seine, directeur et président de l'Institut des hautes études de Belgique, professeur et fondateur de l'Ecole d'Ergologie de Bruxelles, ancien président et membre honoraire de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nominations.

M. le Dr TEULIÉ est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) (poste créé) ;

M. le Dr MENUEAU est nommé médecin-chef de Service à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) ;

M. JOUVE, préfet de 3e classe, est nommé directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Ville-Evrard ;

M. CHABANON, préfet de 3e classe, est nommé directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Vaucluse.

Création de Poste.

Un poste de médecin-chef de service est créé à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), à dater du 1er juillet 1933.

Association Amicale des Internes et anciens Internes des Asiles de la Seine.

A la suite des élections qui eurent lieu à l'*Assemblée générale* tenue le 26 juin 1933, assemblée qui fut suivie du diner annuel, le *Comité de l'Association* est constitué de :

MM. Beaudouin, Caron, René Charpentier, Collet, Courbon, Dupain, Masquin, Rouard et Sivadon.

Ce Comité a élu le Bureau suivant :

Président : M. René Charpentier.
Vice-Président : M. Dupain.
Secrétaire : M. Courbon.
Trésorier : M. Collet.

Nouveau Réglement du Concours de l'Internat en Médecine des Asiles Publics d'Aliénés de la Seine.

Le Préfet de la Seine,

Vu le règlement du Concours de l'Internat en Médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine, en date du 14 octobre 1920, modifié par l'arrêté du 30 novembre 1931 ;

Vu les avis de la Commission de Surveillance des Asiles d'aliénés de la Seine en date des 24 décembre 1932, 19 janvier 1933 et 20 mars 1933 ;

Sur le rapport du Directeur des Affaires départementales et la proposition du Directeur du personnel,

Arrête :

L'arrêté du 14 octobre 1920 portant règlement du Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine est modifié de la façon suivante :

Article premier. — Il sera ouvert, chaque année à Paris, au mois d'octobre, un Concours pour la nomination aux emplois d'internes en médecine dans les Asiles publics d'aliénés de la Seine et le Service de Prophylaxie mentale (Hôpital Henri-Rousselle).

Le Concours sera annoncé deux mois à l'avance par des affiches apposées à Paris et en province, aux abords des Facultés de l'Etat, des Ecoles de Médecine, dans les Hôpitaux et Hospices de Paris et dans les Asiles d'aliénés.

Art. 2. — Pourront prendre part au Concours les Docteurs en Médecine munis des diplômes délivrés par les Facultés de l'Etat et les étudiants en médecine, sans distinction de sexe, possédant seize inscriptions de Doctorat.

Les étrangers seront admis dans les conditions prescrites par l'article 13 du présent arrêté.

ART. 3. — Les candidats devront, pour être inscrits au Concours, produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e Bureau, Annexe Lobau, 2, rue Lobau, Escalier A, 2e étage, Pièce 227).

1° Expédition de l'acte de naissance ;

2° Extrait du casier judiciaire ;

3° Certificat de revaccination anti-variolique ;

4° Diplôme de Docteur en Médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une Faculté ou Ecole de Médecine de l'Etat. Le certificat d'inscription devra indiquer, en outre, que l'intéressé n'a pas subi de peine disciplinaire grave ;

5° Certificat de bonne vie et mœurs délivré par le Maire ou, à Paris, par le Commissaire de police du quartier ;

6° Certificat de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris ou d'un établissement hospitalier de province, indiquant les services hospitaliers du candidat, constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave ;

7° Certificat de situation militaire ;

8° Certificat de vaccination antityphoïdique de date récente ;

9° Certificat de vaccination antidiphtérique de date récente.

Les candidats devront, en outre, n'avoir pas atteint l'âge de 30 ans révolus au 1er octobre de l'année où aura lieu le Concours. Cette limite d'âge sera prorogée, pour les candidats français, d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Le registre des candidatures sera ouvert un mois au moins avant la date d'ouverture du Concours : il sera clos quinze jours *avant* cette date. La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

ART. 4. — Le Jury sera composé de huit membres, savoir :

M. le Directeur des Affaires départementales, ou à son défaut, le Chef du Service de l'Assistance départementale, président, et par voie de tirage au sort, sept membres désignés de la façon suivante :

1° Cinq membres parmi :

a) Les Médecins chefs de service, titulaires ou honoraires, des Asiles publics d'aliénés de la Seine ;

b) Le Directeur médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle ;

c) Le Chirurgien des Asiles d'aliénés de la Seine, étant entendu qu'à titre transitoire, le titulaire actuel du poste continuera à être de droit membre du Jury pendant la durée de ses fonctions.

Après l'expiration de la période transitoire, au cas où le nom du Chirurgien des Asiles d'aliénés de la Seine ne figurerait pas dans les quatre premiers noms tirés, le nombre des membres du Jury prévu au présent aliéna serait ramené à quatre, le cinquième poste étant attribué au Chirurgien des hôpitaux visé à l'alinéa 4 ci-après ;

2° Un Médecin en chef des quartiers d'hospice de Bicêtre, de la Salpêtrière ou le Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police ;

3° Un médecin des Hôpitaux ;

4° Le cas échéant, un Chirurgien des hôpitaux à défaut du Chirurgien des Asiles.

Nul médecin ou chirurgien ne pourra faire partie d'un Jury deux années de suite, sous réserve, toutefois, de l'exception faite précédemment en ce qui concerne le Chirurgien des Asiles actuellement en fonctions.

Le Jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

La voix du Président sera prépondérante en cas de partage.

En outre, un secrétaire administratif sera désigné par arrêté préfectoral pour assister le Jury dans les diverses opérations du Concours.

ART. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du Jury seront tirés au sort par un délégué du Préfet de la Seine assisté de deux membres de la Commission de Surveillance des Asiles publics d'aliénés du Département.

Six jours après ce tirage au sort, les candidats pourront obtenir, dans les bureaux de l'Administration, connaissance de la composition du Jury.

ART. 6. — Les fonctions de membre du Jury sont obligatoires : nul ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie du Jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les Concours.

ART. 7. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusques et y compris le sixième degré entre un concurrent et l'un des membres du Jury, donne lieu à récusation de la part de l'Administration.

ART. 8. — Modifié par l'arrêté du 30 novembre 1931. Les épreuves du Concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie) ;

2° Une composition écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux (central et périphérique).

Il sera accordé un maximum de trente points pour chacune de ces deux épreuves écrites. L'ensemble des épreuves écrites pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places d'internes titulaires vacantes. Le Jury déterminera, au début du Concours, les modalités adoptées pour la composition et la lecture des copies ;

3° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de garde. Il sera accordé un temps égal au candidat pour réfléchir.

Il sera accordé au maximum vingt points pour cette épreuve.

Par question de garde, on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite à tenir par le Médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

ART. 9. — Le sujet des compositions écrites est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury immédiatement avant l'ouverture de la séance.

Pour l'épreuve orale, la question sortie est la même pour tous ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort, comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

Dans ce cas, les questions sont rédigées par le Jury chaque jour d'épreuve au nombre de trois immédiatement avant l'entrée en séance.

ART. 10. — Les candidats sont surveillés pendant les compositions écrites par un des membres du Jury. En dehors du Jury et du Secrétaire administratifs, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites, les candidats admis à prendre part au Concours.

Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par un membre délégué du Jury : elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des concurrents.

Tout concurrent qui s'est servi, pour sa composition, de livres ou de notes apportés à la séance ou qui, en lisant sa composition, en a changé le texte primitif, est exclu du concours et des concours suivants. Les épreuves orales sont publiques.

ART. 11. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur est attribué.

ART. 12. — Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves. Quel que soit le nombre des places, le Jury peut proposer l'élimination de tout candidat qui ne lui paraîtrait pas avoir fait des épreuves suffisantes.

ART. 13. — Il pourra être nommé des Internes provisoires en nombre au plus égal à celui des Internes titulaires à recevoir et dans la mesure où le Jury aura estimé leurs épreuves satisfaisantes.

Les Internes provisoires sont appelés à remplacer les Internes titulaires au cours des absences prolongées et régulièrement autorisées.

L'Interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année, chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement.

L'appel aux Internes provisoires sera fait dans l'ordre de classement du Concours.

Ce n'est qu'après épuisement de la liste des internes provisoires que l'interne absent pourra être remplacé par un interne bénévole désigné par le Préfet sur présentation du Directeur de l'Asile, après avis du Médecin chef de service.

Tout interne provisoire qui ne prendra pas le poste où il aura été affecté sera considéré comme démissionnaire.

Les étrangers seront admis aux épreuves, et, dans, le cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le Jury, ils seront classés en surnombre.

Comme tels, ils pourront choisir un service avec l'agrément du chef de service. Ils ne recevront pas de traitement, mais ils seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours.

ART. 14. — Les Internes seront nommés par arrêté préfectoral dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen.

Ils entreront en fonctions le 15 novembre qui suivra la clôture du Concours.

ART. 15. — La durée des fonctions des internes est de deux ans : celle des fonctions d'interne provisoire d'une année.

A la fin de leur deuxième année, les Internes titulaires peuvent être maintenus en fonctions pendant deux périodes successives d'une année.

A cet effet, ils doivent, avant le 1er juin de l'année qui précède celle où expirent leurs fonctions, adresser au Préfet de la Seine une demande de prolongation.

Cette demande devra être revêtue de l'avis du Médecin chef de service

où l'interne est en fonctions et de l'avis du Médecin chef de service où il devra accomplir son année de stage.

Elle sera transmise avec son avis par le Directeur de l'Asile où l'Interne est affecté.

Par mesure transitoire, les Internes actuellement en fonctions ou en congé régulier pourront être admis à accomplir une cinquième année dans les conditions du précédent règlement.

Les étrangers nommés internes en surnombre qui désireraient faire une troisième année d'internat dans les mêmes conditions que les deux premières, devront présenter une demande à cet effet dans les formes et conditions ci-dessus indiquées.

Un interne titulaire ne pourra rester plus d'un an dans le même service. Aucun interne titulaire ne pourra, après ratification du choix des places, quitter le service auquel il aura été affecté, sauf pour appel obligatoire au service militaire ou congé pour raison de santé accordé par le Préfet de la Seine.

Tout Interne titulaire refusant d'occuper le poste qui lui est attribué sera considéré comme démissionnaire. Les Internes titulaires mobilisés après leur admission au Concours ou au cours de leurs fonctions seront prorogés d'une durée égale à la période de service militaire qu'ils auront accompli en exécution des lois sur le recrutement de l'armée, mais sous la condition de justifier par un certificat régulier du temps de service passé sous les drapeaux.

Les Internes qui auront soit à devancer un appel, soit à renoncer à un sursis d'appel ne seront autorisés à le faire que pour le départ d'octobre. Ceux qui partiraient en mai perdraient le bénéfice de la prorogation prévue au paragraphe précédent.

ART. 16. — Les Internes provisoires peuvent se représenter au Concours pour des places d'interne titulaire sous réserve des conditions exprimées dans l'article 3.

ART. 17. — Les fonctions d'interne dans les Asiles sont incompatibles avec celles de chef de clinique titulaire ou adjoint, ainsi qu'avec celles d'interne ou d'externe dans les hôpitaux, hospices ou autres établissements et en général avec tout rôle médical dans les établissements hospitaliers publics ou privés. Il leur est interdit de faire de la clientèle privée.

Les Internes sont obligés de loger dans l'établissement auquel ils sont affectés. Toutefois, une exception pourra être faite lorsque l'Administration sera hors d'état de fournir un logement.

ART. 18. — La répartition des Internes dans les divers services d'aliénés se fera le 15 novembre de chaque année. Les internes choisiront leur place d'après l'ordre de classement au Concours. Ce choix ne sera définitif qu'après ratification par l'Administration préfectorale, sauf opposition écrite et motivée du Médecin chef de service dont le Préfet sera juge. Il ne sera donné suite à aucune demande de mutation en cours d'année.

ART. 19. — Les traitements alloués aux Internes sont fixés ainsi qu'il suit :

Internes de première année	9.500 fr.
— de deuxième année	9.900 —
— de troisième année	10.300 —
— de quatrième année	10.700 —

Les Internes reçoivent en outre l'indemnité de résidence de 2.240 francs accordée au personnel de la Préfecture de la Seine par l'arrêté préfectoral du 25 janvier 1927, sous réserves des déductions prévues pour les avantages en nature.

Les Internes reçoivent en outre une indemnité de déplacement de 900 francs pour les Asiles de Villejuif, de Vaucluse, de Ville-Evrard, de Maison-Blanche et de Moisselles.

Les internes qui sont logés dans l'établissement subissent une retenue de 980 francs sur leur traitement et de 13,75 0/0 sur l'indemnité de résidence.

D'autre part, ils remboursent, pour chaque repas pris à l'établissement, les sommes ci-après indiquées :

Petit déjeuner	0 60
Déjeuner	4 80
Dîner	4 80

Ils bénéficient en outre, éventuellement, des indemnités pour charges de famille accordées par l'arrêté du 25 janvier 1927 au personnel de la Préfecture de la Seine.

ART. 20. — L'arrêté ministériel du 20 mars 1857 et le règlement sur le service de santé de l'Assistance publique sont applicables aux Internes dans celles de leurs dispositions qui ne sont pas contraire à celles du présent arrêté.

Toutes les questions soulevées au cours des opérations du Concours et qui ne pourraient être résolues par l'application pure et simple du règlement précité feront l'objet d'un vote du Jury qui statuera à la majorité des voix.

ART. 21. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Fait à Paris, le 12 mai 1933.

Signé :
RENARD.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Deuxième Congrès International d'Hygiène mentale.

Le *Comité Consultatif du Programme* du *Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale*, publié dans le numéro de mai 1933 (page 695) des *Annales médico-psychologiques* est ainsi complété :

Pologne : M. le Dr Jean Mazurkiewicz (de Varsovie).

IIIe Semaine Nationale Espagnole d'Hygiène Mentale.

Organisée par la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale et sous le Haut-Patronage du Conseil Supérieur psychiatrique la *3e semaine nationale d'Hygiène Mentale*, tenue à *Madrid*, du *15 au 20 mai 1933*, eut un grand succès.

Sous la présidence d'honneur du Professeur *D. Santiago Ramon y Cajal*, et sous la présidence du Dr *D. Enrique Fernández Sanz*, la réunion avait comme vice-présidents, les Drs *Joaquin Gimeno Riera* et *J.-M. Sacristan*. Le Dr *D. José Germain* remplissait les fonctions de secrétaire général.

La séance d'ouverture eut lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Madrid, sous la présidence du Doyen de la Faculté, le Professeur *Sanchez Covisa.* De nombreux exposés concernant l'activité de la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale ; l'hygiène mentale dans ses rapports avec la pratique médicale, l'éducation, le milieu, l'orientation professionnelle ; les principes modernes de l'assistance et de la thérapeutique psychiatriques ; la lutte contre l'alcoolisme et les diverses toxicomanies, etc., furent faites par *MM. José Germain, G. Pittaluge, E. Fernández Sanz, R. de Montaud, Angel Garma, J.-M. Villaverde, César Juarros, J. Estellés, Federico G. Deleito, Vallejo Nájera, Román Durán, Velasco, M. Prados, L. Vallenciano, J. Salas, E. Escardo, J. Mena, J.-A. Sempau,* etc..., et par Mmes *Maria Martinez Sierra, Mercédès Rodrigo, Maria Luisa Navarro de Luzuriaga, Isabel O. de Palencia,* etc.

La séance de clôture eut lieu à l'Académie Nationale de Médecine sous la présidence de M. le Ministre de l'Intérieur. Par la participation active des pouvoirs publics, par l'importance des travaux qui furent présentés, par l'intérêt qu'elle souleva dans tout le pays, cette 3e semaine nationale d'Hygiène Mentale eut un grand retentissement. Elle est la consécration des résultats remarquables obtenus dans l'Espagne entière par l'activité méthodique incessante de la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale. Elle est aussi une preuve de plus du grand intérêt avec lequel, en Espagne, les pouvoirs publics encouragent les efforts ayant pour but les réalisations progressives rapides en matière de prophylaxie individuelle et sociale, et en matière d'assistance psychiatrique. Les résultats obtenus jusqu'ici sont là pour en témoigner et l'on ne saurait trop y applaudir.

Union Internationale contre le péril vénérien.

A l'issue de l'Assemblée générale de l'Union Internationale contre le péril vénérien, qui vient de se tenir au Caire, sous la Présidence de M. le Sous-Secrétaire d'Etat à l'Hygiène Publique en Egypte, les résolutions suivantes ont été adoptées à l'unanimité par les délégués des nations représentées.

1re Résolution concernant le traitement obligatoire ou libre des maladies vénériennes.

L'Union Internationale contre le péril vénérien,

Renouvelant sa résolution de 1926 sur les principes généraux de prophylaxie et de traitement des maladies vénériennes, en ce qui concerne la prostitution (1) ;

(1) Considérant que la stérilisation thérapeutique des malades atteints d'affections vénériennes est un des principaux moyens d'aboutir à la suppression de la syphilis et à la diminution des autres maladies vénériennes,

Considérant que la réglementation de la prostitution n'a à aucune époque et en aucun pays permis de limiter les dégâts causés par les maladies vénériennes,

Que d'autre part, elle est contraire à toute justice et à toute idée de moralité sociale,

Le Conseil de Direction recommande : 1° la suppression de la réglementation de la prostitution ; 2° l'application de mesures visant la totalité de la population (hommes, femmes, enfants), et s'inspirant dans la plus large mesure du principe de la liberté individuelle.

Considérant que les résultats obtenus actuellement par les deux systèmes abolitionnistes en présence : le système du traitement volontaire et celui du traitement obligatoire des maladies vénériennes ont été jugés également satisfaisants dans les différents pays qui les ont appliqués et qui ont fourni les renseignements ayant servi de base au rapport,

Affirme qu'il appartient aux différentes nations de mettre en vigueur celui de ces deux systèmes ou tout autre éclectique qui soit le plus adapté à leur mentalité et à leurs habitudes nationales ;

Considère nécessaire, pour les nations adoptant le traitement obligatoire : 1° de recourir aux mesures d'obligation vis-à-vis des seules personnes des deux sexes qui sont contagieuses ; 2° de considérer ces mesures comme un complément national des mesures générales de propagande éducative et de traitement libre et gratuit, qui restent la base même de la lutte, étant entendu qu'il y a intérêt, dans certains cas, à mettre en vigueur des mesures préventives ; 3° de ne les faire appliquer que par les seules autorités sanitaires aidées spécialement par des assistantes sociales et en aucun cas par les autorités de police et les agents de police, les questions sanitaires relevant des premières, et seule la police de la rue, des deuxièmes.

2e Résolution concernant la prophylaxie individuelle.

L'Union Internationale contre le péril vénérien,

Considérant que la prophylaxie individuelle ne constitue pas un moyen de protection et de sécurité absolue, que, néanmoins, les expériences dans les dernières années, notamment dans les armées et dans les marines, ont donné des résultats préventifs très réels,

Déclare qu'une organisation appropriée de la prophylaxie individuelle peut éviter un très grand nombre de contaminations ;

Qu'il est donc du devoir de chaque Etat, se trouvant dans les conditions sociales préliminaires et indispensables d'éducation et d'organisation de prendre des mesures permettant d'utiliser, dans des conditions commodes et pour certaines collectivités, les moyens de prophylaxie individuelle de bonne qualité fournis au minimum possible de prix, tout en évitant la publicité et la vente de ces moyens dans des conditions offensantes pour la moralité publique.

3e Résolution concernant la propagande anti-vénérienne par la radiophonie.

Etant donné la puissance de diffusion et la valeur éducative de la radiophonie, ainsi que les résultats obtenus par les Nations qui l'ont couramment adoptée, que les associations de lutte antivénérienne entreprennent auprès de leurs Gouvernements et des dirigeants des postes d'émission, les démarches nécessaires pour pouvoir mettre en œuvre ce moyen efficace d'éducation et d'information antivénérienne pratiqué avec clarté, tact et mesure.

NÉCROLOGIE

Paul Sollier (1861-1933).

I. — Son œuvre écrite, outre maintes publications dans les revues de médecine, de psychologie et de philosophie comprend 16 volumes parus presque tous chez Alcan et dont beaucoup furent traduits en plusieurs langues.

1° Neurologie. *Genèse et nature de l'hystérie,* 1892 et l'*hystérie et son traitement,* 1914. — L'hystérie a, avant tout, une base biologique : l'engourdissement des centres dont la fonction est perturbée. Cette hypothèse d'un sommeil limité à certaines régions cérébrales devait être réalisée bien des années plus tard par des expérimentateurs à l'aide de substances chimiques. *Traité clinique de neurologie de guerre,* 1918, en collaboration avec Chartier, Rose et Villandre, seul ouvrage en France résumant toutes les donnés de la guerre à la pathologie et à la thérapeutique nerveuses.

2° Psychiatrie. *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile,* 1891. — Absence d'attention et lésions organiques cérébrales chez l'idiot, instabilité et constitution anormale du cerveau, mais sans lésion anatomique chez l'imbécile, sont les caractères distinctifs. *Pratique sémiologique des maladies mentales,* 1924. En collaboration avec Courbon, est une mise à jour du guide qu'il avait publié seul en 1893. *Le problème de la mémoire,* 1900 et *les troubles de la mémoire,* 1901. L'auteur y assimile l'évocation des souvenirs à une résonance nerveuse, comparaison que les découvertes de Lapicque purent ultérieurement justifier. *La morphinomanie,* 1899, et *les toxicomanies* (Congrès de Besançon, 1923). *L'hérédité dans l'alcoolisme,* 1887. *La neurasthénie et son traitement,* 1910.

3° Psychologie et philosophie. *Le sentiment cénesthésique* (Congrès de Genève, 1902). *Le doute,* 1909. *L'autoscopie,* 1903, sont des études sur la personnalité, la psychasthénie et l'hypocondrie.

Le mécanisme des émotions, 1905, est une étude des conditions biologiques de l'émotivité, de ses variations, de ses manifestations, notamment des manifestations localisées sur un organe et des rapports de l'émotivité avec l'affectivité. *La répression mentale,* 1930, étudie le refoulement et critique le freudisme. *Morale et moralité,* 1912. La moralité ou capacité d'éprouver les devoirs a son fondement dans l'état biologique, la morale ou règle de conduite d'un groupe d'hommes a son fondement dans l'état social. Bien des idées formulées dans ce livre d'un médecin furent formulées à nouveau près de 30 ans après par un philosophe, Bergson. *Le sens musculaire,* 1887. *Essai critique sur l'association en psychologie,* 1907. *Le moi et la conscience des mourants* (*Revue philosophique,* 1896, p. 303 et *Bull. int. de psychol.,* 1903).

4° Ergologie. — Ce néologisme de Sollier, adopté par les psycho-techniciens désigne une branche nouvelle de psychophysiologie concernant la science du travail. *La science du travail.* Revue fondée en 1929 avec Lahy. *Orientation et sélection professionnelles* (1931, Comité d'études sociales et politiques, Paris). *Le problème des aptitudes,* avec Drabs (*Jour. de psycho.,* 1932) *Psychotechnique* (1 vol. sous presse, chez Armand Colin).

II. — Son œuvre non écrite fut l'enseignement à Bruxelles, depuis 1897 jusqu'à sa mort, à l'Université nouvelle, devenue après la guerre l'Institut des hautes études de Belgique, de la psychologie. En décembre 1932, quoique français, il fut élu président de cet Institut.

En France, en 1897, réalisant une idée de Charcot et d'accord avec les neurologistes de la Faculté et des Hôpitaux, il fonda, afin de pouvoir traiter sur place les malades nerveux et toxicomanes venus de province et de l'étranger en consultation à Paris, le sanatorium de Boulogne-sur-Seine, qu'il dirigea avec la collaboration infiniment précieuse de sa femme, le docteur *Alice Sollier,* jusqu'en 1922, date où le sanatorium devint l'hôpital Ambroise Paré. Pendant la guerre, au centre de neurologie de la 14e région dont il était le médecin-chef, il créa à Lyon, pour la rééducation professionnelle des blessés, des ateliers dont la réussite fut telle qu'ils fonctionnent encore aujourd'hui. En Belgique, soit seul, soit avec le concours de Drabs, il créa toute une série d'appareils de psychologie expérimentale pour la sélection des travailleurs.

Né à Bléré (Indre-et-Loire) le 31 août 1861, mort à Paris le 8 juin 1933, en pleine force, de l'infection soudaine d'une plaie opératoire insignifiante qu'il négligea de soigner, Paul Sollier avait été élève du lycée du Mans, Interne des Hôpitaux de Paris (1887), Chef de clinique adjoint (1891). Il était Membre de la Commission universitaire franco-belge et Président du Comité de rapprochement scientifique franco-hollandais. Il était enfin Commandeur de la Légion d'honneur, Commandeur de l'Ordre de Léopold, Commandeur de l'Ordre d'Orange et Nassau, Chevalier du Christ de Portugal et Chevalier de Sainte-Anne de Russie.

Paul COURBON.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 46.588

Tome II. — N° 2 Juillet 1933

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

RECHERCHES
SUR LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

PAR

M. SOSSET

II. Les différentes formes de mémoire [1]

En nous basant sur les séries de tests utilisés pour les épreuves de mémoire, nous envisagerons séparément les résultats obtenus à propos de la mémoire immédiate, de la mémoire d'évocation, de la mémoire de reconnaissance, et enfin des rapports associatifs établis entre les impressions sensorielles.

Dans un premier paragraphe, nous nous attacherons surtout à rechercher dans quels cas et jusqu'à quel point il y a concordance entre les résultats des tests de mémoire immédiate et des tests d'évocation, puis, à propos des divergences, à dégager leur signification et à voir quelle lumière elles peuvent projeter sur les mécanismes de la mémoire.

(1) Voir *Annales Méd.-psych.*, XIV[e] série, 91[e] année, tome II, n° 1, juin 1933, page 13.

§ 1) — La mémoire immédiate et l'évocation

Notons d'abord dans quels cas le test de fixation et le test d'évocation atteignent à peu près le même niveau (nous avons alors, soit, chez le même sujet, des résultats sensiblement égaux dans les deux épreuves, soit, chez les différents sujets d'un même groupe, des résultats plus irréguliers, tantôt l'une, tantôt l'autre épreuve révélant une légère supériorité, mais la moyenne des résultats obtenus dans chaque groupe, pour chaque épreuve, donnant des résultats équivalents).

Ce sont : les *psychoses de Korsakoff*, les deux groupes de *démence précoce*, les deux groupes de *mélancolies* et le *premier groupe de manies* (examens faits pendant la période hypomaniaque).

Considérons ensuite les observations des paralytiques généraux et des déments séniles. Ces cas se présentent d'une manière un peu différente ; non que de très grandes divergences se révèlent entre les épreuves de mémoire : ces divergences sont très souvent presque nulles, et, en tous cas, restent légères, mais leur rapport est tout différent suivant le degré de gravité de la désintégration mentale.

Paralytiques généraux. — Dans le groupe 1 : on note une légère supériorité de la mémoire d'évocation (rappelons que, dans ces cas, l'attention et les fonctions intellectuelles sont bien conservées).

Dans le groupe 2 : le test d'évocation donne, au contraire, des résultats légèrement plus faibles et

Dans le groupe 3 : cet écart s'accentue.

C'est donc la mémoire d'évocation qui paraît de plus en plus atteinte à mesure que s'aggrave l'état mental du malade.

Déments séniles : résultats à peu près équivalents.

Dans le groupe 1 (malades se plaignant de leur mémoire d'évocation) : les tests d'évocation manifestent une légère infériorité par rapport aux tests de fixation.

Dans le groupe 2 : l'évocation est légèrement supérieure à la mémoire immédiate, mais

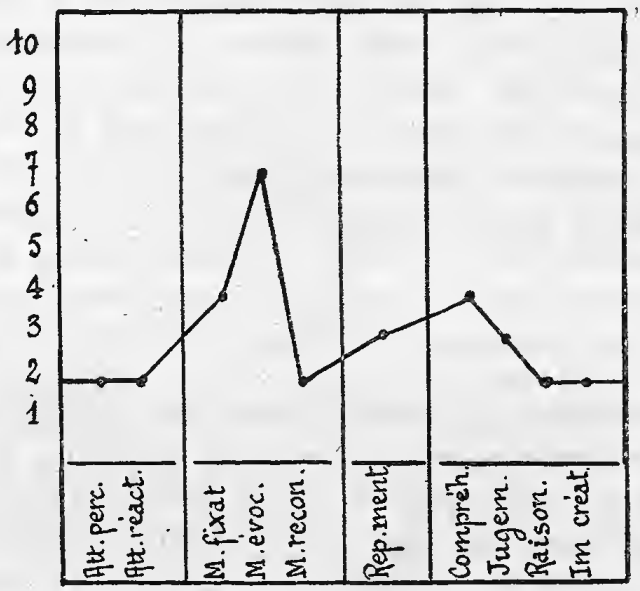
Dans le groupe 3 : l'évocation devient inférieure.

Ceci nous montre bien que lorsque les troubles atteignent plus spécialement la mémoire, c'est le test d'évocation, qui, en quelque sorte, *signale* le déficit de cette fonction. (Nous aurons, en effet, à nous demander plus loin si le test de fixation se rapporte bien à la mémoire proprement dite).

*
**

Examinons maintenant les divergences constatées entre ces tests. Où les trouve-t-on et sous quelle forme ? Existe-t-il d'abord des cas où les tests d'évocation donnent des résultats supérieurs aux tests de fixation ?

En dehors des observations citées plus haut (cas de paralysie générale du groupe 1 et déments séniles du groupe 2), nous n'avons guère trouvé cette supériorité que dans des troubles d'évolution. Or, elle est assez curieuse à noter, car il s'agit d'une supériorité légère qui est apparue dans *tous* les cas de débilité mentale du groupe 2, dans 7 cas sur 9 du groupe 1 (les autres donnent des résultats équivalents), et qui se montre enfin beaucoup plus nettement chez les imbéciles. Elle existe dans trois cas sur quatre d'imbécillité, et dans l'un d'eux (obs. 79) elle apparaît d'une manière frappante (Voir courbe mentale ci-dessous).



GRAPHIQUE 7. OBSERV. 79

Il semble donc bien que nous puissions voir ici des faits en rapport avec les troubles d'évolution : c'est le test d'évocation qui est, d'emblée, le mieux réussi. Cette supériorité diminue à mesure que s'élève le niveau mental du sujet, passant des imbéciles aux débiles. Si nous nous souvenons de la remarque faite, dans la première partie de ce travail, sur une sorte de privilège des fonctions mnésiques des imbéciles par rapport à leurs fonctions intellectuelles, nous voyons, qu'ici encore, l'épreuve d'évo-

cation « signale », en quelque sorte, d'une manière très nette, cette supériorité.

Passons maintenant aux cas, de loin les plus fréquents dans les maladies mentales, où la mémoire d'évocation présente, au contraire, une infériorité marquée.

Certains groupes de troubles mentaux permettent de la constater régulièrement et sa déficience est parfois extrême. Nous citerons : les intoxications par l'oxyde de carbone, les cas de tumeurs cérébrales, le second groupe des maniaques et deux cas d'amnésie essentielle. Nous rappelons enfin le groupe 3 des démences séniles et paralytiques (écart moins net).

La différence moyenne des indices de fixation et d'évocation se présente comme suit (supériorité de la mémoire de fixation) :

Tumeur cérébrale (obs. 114)	6
Intoxication CO. (obs. 48)	5
Intoxication CO. (obs. 49)	4
Tumeur cérébrale (obs. 115)	4
Manies (groupe 2)	3,3
Intoxication CO. (obs. 50)	3
Amnésie (obs. 116)	3
Tumeur cérébrale (obs. 113)	2
Paralytiques généraux (groupe 3)	2
Déments séniles (groupe 3)	1,1

*
**

Avant de rechercher la signification des dissociations observables entre les mémoires de fixation et d'évocation, une distinction est ici nécessaire. Nous sommes forcés d'admettre que l'appréhension et la répétition *immédiate* d'une série d'éléments présentés une seule fois pendant quelques secondes, peut à peine être dite une épreuve de mémoire.

C'est à juste titre que certains auteurs, Piéron notamment, ont fait remarquer que nous nous trouvons ici en présence de la persistance d'impressions sensorielles, visuelles dans l'épreuve que nous avons utilisée, auditives dans d'autres, qui s'évanouissent très rapidement et dans lesquelles n'interviennent probablement pas de mécanismes mnésiques proprement dits. C'est la raison pour laquelle le terme de « mémoire de fixation » nous semblait assez peu adéquat pour désigner ce test qui est peut-être, bien davantage, un test de « retentivité », comme disent les Anglo-Saxons. En ne voulant pas envisager la mémoire comme

une fonction consistant essentiellement dans la capacité de « retentivité », il est légitime, croyons-nous, de souligner que la faiblesse ou la supériorité de ces épreuves ne doit pas nécessairement fournir une base à des conclusions visant la mémoire d'un sujet, et, particulèrement, sa capacité de *fixation*.

Une telle hypothèse risque, comme nous le verrons, d'entraîner à des conclusions bien erronées sur la conservation des mécanismes mnésiques dans certains troubles mentaux. Quoi qu'il en soit, nous avons à rechercher, pour l'instant, quelles circonstances accompagnent cette déficience toute particulière du test d'évocation.

Demandons-nous, tout d'abord, si la difficulté d'évoquer les souvenirs ne provient pas tout simplement d'une certaine paresse psychique, d'une incapacité de concentration de l'esprit, de l'absence de l'effort intellectuel qu'on suppose indispensable à toute évocation. Laissons même de côté l'observation, souvent liée à cette thèse, que si l'évocation est impossible, à cause, précisément, de la difficulté que présente tout effort intellectuel, il ne s'ensuit nullement que le souvenir n'*existe* plus : tout simplement, l'inertie psychique du malade ne lui permet plus de l'évoquer. Quitte à reprendre un peu plus loin cette théorie, nous notons que l'explication du trouble d'évocation par l'impuissance du malade à faire un effort intellectuel suffisant, a trouvé crédit près de maints auteurs. Certains cas paraissent d'ailleurs privilégiés pour une telle hypothèse : celui des tumeurs cérébrales, en particulier. Le trouble d'évocation, si caractéristique chez de tels malades, a été rattaché par Baruk (1) et par Vermeylen (2), notamment, à l'inertie mentale du sujet. Faut-il rappeler aussi que cette opinion peut s'appuyer sur des thèses célèbres, nous songeons à la théorie de l'effort intellectuel dépendant d'un « schématisme » mental, dans la psychologie de Bergson (3) ?

Il est vrai que nous avons constaté cette impuissance de l'évocation dans d'autres catégories de troubles mentaux où l'inertie psychique est loin d'être la note dominante de l'aspect intellectuel.

(1) Baruk. — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. *Thèse de Paris*, 1926.

(2) Vermeylen. — Le déficit mental au cours des tumeurs cérébrales (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, 1927, n° 9) et : L'état mental au cours des tumeurs cérébrales (*Scalpel*, 1927, n° 53 *bis*).

(3) Bergson. — *Matière et Mémoire*, et « *l'Effort intellectuel* » dans « *l'Energie spirituelle* ». Paris, Alcan, 1912.

Nous avons cependant, dans l'examen psychographique, un moyen assez simple d'entrevoir la possibilité de l'effort intellectuel ; c'est la recherche du degré atteint dans les épreuves nécessitant au plus haut point cette capacité : les épreuves d'attention. Et ainsi, nous voyons tout de suite que, chez beaucoup de malades mentaux dont l'évocation des souvenirs est particulièrement atteinte, la faiblesse de l'attention peut être directement mise en cause. Citons avant tout, d'après le tableau reproduit plus haut, les maniaques (gr. 2), puis les derniers groupes des démences séniles et paralytiques. Notons enfin le déficit de l'attention réactive dans deux cas de tumeur cérébrale (obs. 114 et 115), bien qu'ici déjà, les épreuves d'attention gardent une telle supériorité sur l'évocation des souvenirs, qu'il semble bien difficile de lier les deux faits. Mais, en dehors de ces cas, qu'observons-nous ?

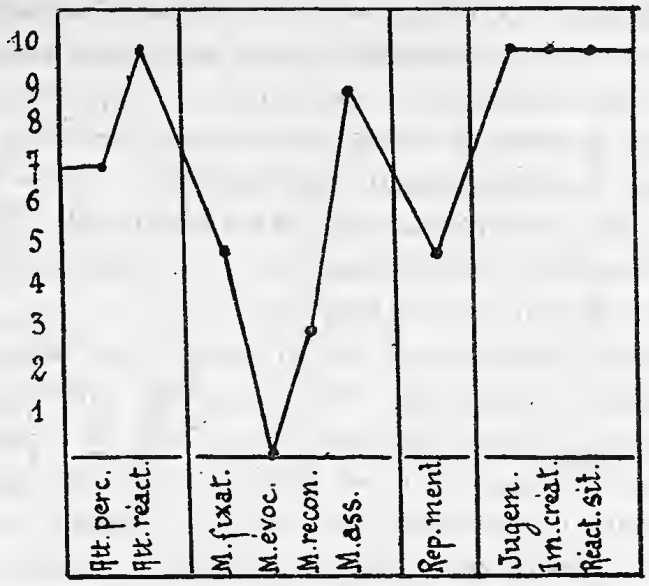
Les troubles particuliers de l'évocation du souvenir chez d'autres malades dont un trait frappe immédiatement l'esprit : la puissance de concentration de l'attention et la capacité de faire un effort intellectuel, assez bref peut-être, mais intense et en tout cas, suffisant pour déclencher l'évocation des souvenirs si vraiment ceux-ci subsistent. Il y a plus : chez ces malades, l'énumération des souvenirs à évoquer n'éveille aucun écho. Ils ne les reconnaissent pas et, visiblement, ces impressions n'ont pas été « fixées » dans leur esprit. Nous rangeons tout particulièrement dans ce groupe : un cas de tumeur cérébrale, (obs. 113), deux cas d'intoxication par l'oxyde de carbone (obs. 48 et 49) et deux cas d'amnésie (obs. 116 et 117). Non seulement ces malades présentent de bonnes épreuves d'attention, mais il faut noter que l'épreuve d'attention réactive est supérieure à l'épreuve d'attention perceptive. On trouvera ci-dessous (graphique 8) la courbe mentale d'un des cas d'intoxication par CO. Elle peut être considérée comme identique aux courbes de certains cas de tumeurs cérébrales et d'amnésies.

En fait, nous sommes conduits à un certain scepticisme au sujet de la fixation même du souvenir chez ces malades et ceci nous amène précisément à nous demander : dans quelle mesure peut-on admettre que le souvenir ait été réellement fixé ?

Si certains malades gardent une appréhension exacte et rapide des éléments qui leur sont simultanément présentés, si, d'autre part, ces impressions s'évanouissent rapidement, ne peut-on croire que ce qui manque, chez eux, est la « maturation » du souvenir, la fixation plus ou moins lente qui transforme l'impression en un souvenir, mécanisme exigeant un certain temps

pour se produire et qui, seul, peut mériter le nom de « mémoire » ? On est ainsi amené à séparer complètement la fixation des impressions passées en souvenirs évocables, de l'impression sensorielle n'ayant qu'une retentivité brève, et ne comportant pas de fixation proprement dite.

Voici comment, il y a vingt ans déjà, Piéron s'exprimait à ce sujet : « Les persistances passagères suivies d'un évanouisse-



GRAPHIQUE 8. OBSERV. 48

« ment très complet, ont nettement le caractère de persistances « sensorielles ; il ne s'agit pas de souvenirs, mais de sensations « qui durent encore avant de s'évanouir. » (1). Or, impression sensorielle et souvenir ont sans doute une évolution parallèle : « dans l'ensemble, il existe un parallélisme remarquable entre « l'évolution de la sensation et l'évolution du souvenir » (2), mais ils diffèrent cependant profondément quant à la rapidité et l'indépendance de leurs évolutions. « La différence est dans « l'absence de synchronisme des deux évolutions, car l'une « est très rapide et l'autre très lente. » (3). Et il conclut : « En « réalité, c'est l'analogie même de l'allure du phénomène sen- « soriel et du phénomène mnémonique qui nous montre qu'il « existe entre eux une réelle indépendance et que, loin de se « confondre, ils doivent être absolument distincts... Le phéno-

(1) Recherches expérimentales sur les phénomènes de mémoire (*Année psychologique*, 1913, p. 91).
(2) *Id.*, p. 191.
(3) *Id.*, p. 187.

« mène sensoriel a eu tout le temps de croître et de disparaître « presque complètement, que la fixation de la trace mnémonique « n'a pas encore achevé sa croissance. » (1).

Nous pensons que cette distinction, déduite d'une étude de la fixation du souvenir dans les séries animales, d'une part, et de la fixation de syllabes et de chiffres chez les normaux, d'autre part, trouve une confirmation dans l'étude de la désintégration des diverses formes de mémoire, et que la notion d'un trouble de la mémoire d'évocation — amnésie antérograde proprement dite — se ramène très souvent à une impossibilité de la « maturation » des impressions en souvenirs, ceci parfois indépendamment de toute inertie mentale et de tous troubles des mécanismes actifs du fonctionnement intellectuel : nous retenons surtout certains cas d'intoxication par l'oxyde de carbone et certains cas d'amnésie dans lesquels il est impossible de déceler un trouble des épreuves d'attention.

Cette opinion trouve aussi un argument à l'appui dans le fait que, chez certains malades, cette amnésie antérograde persiste et se transforme en une amnésie rétrograde de toute une période de leur vie. Le récit qui leur est fait, par la suite, des événements qui se déroulèrent pendant ce laps de temps, n'éveille aucun écho, aucun souvenir chez eux. Ils croient sur parole leur interlocuteur, mais l'événement, tiré du passé, présenté à leur esprit, expliqué dans ses détails, est pour eux comme s'il n'avait pas existé. Nous en avons observé aussi un cas absolument typique chez une malade atteinte de tumeur cérébrale à laquelle nous avons fait allusion plus haut (obs. 113).

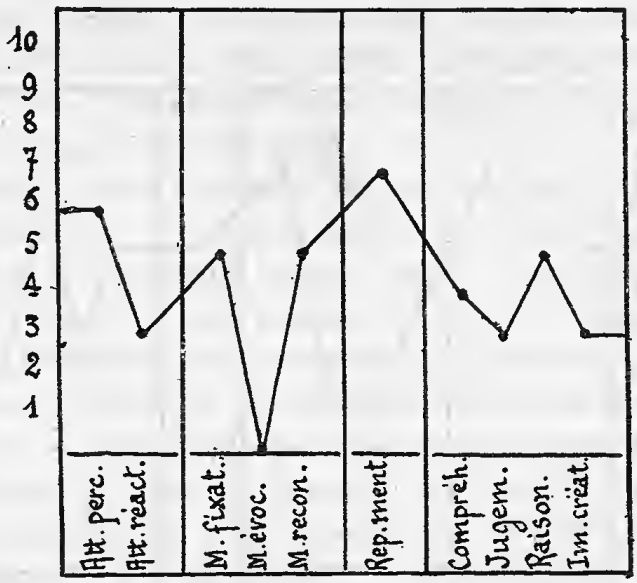
Nous croyons enfin, qu'en dehors de ces cas particulièrement nets, on peut trouver, dans l'ensemble des observations des troubles mnésiques, de nombreuses dissociations entre le test de l'attention réactive et le test d'évocation, dissociations qui viennent à l'appui de ce que nous venons de dire. Par contre, d'autres cas offrent le parallélisme frappant d'atteintes simultanées de ces deux épreuves et mettent en évidence l'importance que garde la notion d'effort intellectuel dans l'évocation du souvenir.

En effet, dans le gr. 2 des *paralytiques généraux*, nous avons trouvé 2 cas de déficience simultanée de l'évocation et de l'attention réactive (obs. 9, citée ci-dessous, et obs. 5).

(1) *Id.*, p. 190. Voir aussi : « De la détermination et de l'interprétation de la loi de l'oubli et des lois psychologiques en général. *Revue philosophique*, 1919, 2, p. 104. — Voir aussi : *Traité de Psychologie* publié sous la direction de G. Dumas, t. I : « L'Habitude et la Mémoire », et : *Zichen* : Das Gedächtniss (Berlin, 1908).

Il existe, par contre, notamment dans le gr. 3, plusieurs cas où l'attention réactive reste supérieure à la mémoire d'évocation. D'où dissociation des deux épreuves (obs. 8 et 10).

Dans les cas de *démence sénile,* on note également, dans le gr. 1 (malades qui se plaignent uniquement de la mémoire d'évocation), une chute parallèle de ces deux épreuves (obs. 21). Dans le groupe 2, nous trouvons deux cas de dissociation nette : faiblesse extrême de l'attention réactive et bonne évocation des souvenirs, mais dans le groupe 3, au contraire, les deux fonctions baissent simultanément et sont d'ailleurs le plus souvent nulles.



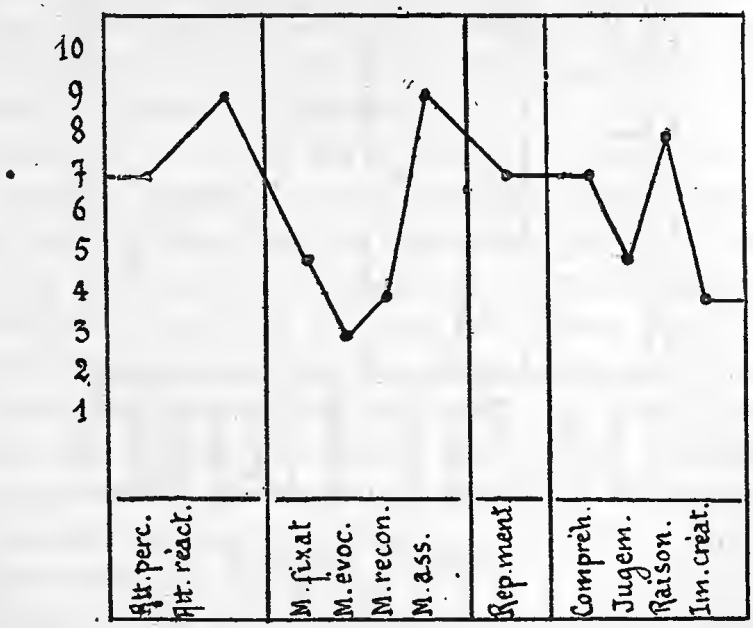
GRAPHIQUE 9. OBSERV. 9

Les épreuves réalisées par les *alcooliques chroniques* sont également intéressantes à cet égard ; alors que, dans la première catégorie de malades, nous constatons une supériorité du test d'évocation et du test d'attention réactive par rapport à l'épreuve de fixation (ce serait ici la retentivité qui serait particulièrement atteinte, et, en ce sens, l'alcoolisme chronique révélerait une atteinte privilégiée des persistances sensorielles), dans le groupe 2, nous trouvons deux cas de déficience parallèle des épreuves d'évocation et d'attention (obs. 32 et 40). Dans de nombreux cas d'alcoolisme chronique, on trouve donc une concordance assez nette de ces tests, mais ils ne doivent pas nous faire négliger des divergences (obs. 41, notamment : très bonne mémoire d'évocation, malgré la faiblesse de l'attention).

Deux cas également de déficience simultanée des deux épreuves dans la *psychose hallucinatoire chronique* (obs. 53 et 55).

Peu de renseignements sur ce point dans les observations de *démence précoce :* dans deux cas seulement (obs. 81 et 87), nous avons remarqué que de bonnes épreuves d'attention réactive étaient accompagnées d'une supériorité marquée de la mémoire d'évocation. Dans la plupart des cas, l'attention réactive est très supérieure à toute épreuve de mémoire.

Dans les *manies :* nous trouvons quatre cas de concordance : un cas (obs. 93) de supériorité des 2 épreuves, et trois cas (obs. 94, 97 et 99) d'infériorité. Par contre, un des malades (obs. 100), présentait une dissociation frappante : très bonne attention réactive et faible évocation (voir courbe mentale ci-dessous : graphique 10).



Graphique 10. Observ. 100

Le groupe le plus typique à cet égard est celui des *mélancoliques :* sur 10 malades, nous en trouvons 5 qui présentent, soit une supériorité parallèle (obs. 103, 106, 107, 110), soit une faiblesse parallèle (obs. 105) de ces épreuves.

En résumé : de nombreuses observations nous prouvent que, si on peut mettre souvent en rapport les résultats obtenus par le sujet dans le test d'évocation, avec la puissance de l'attention, représentant, dans nos épreuves, la capacité d'un effort intellectuel, soit que ces deux fonctions paraissent également atteintes, soit qu'elles conservent une supériorité sur les autres épreuves, il est d'autres cas où cette dissociation apparaît nettement. Les cas de désintégration des fonctions mentales nous

ont souvent montré que l'évocation est atteinte, sans qu'apparaissent de gros troubles de l'attention et alors que le malade conserve un niveau mental assez élevé. Par contre, il serait erroné d'exclure entièrement ce rapport. Il apparaît, isolé, dans diverses catégories de troubles mentaux et semble se manifester d'une manière assez constante dans les cas de mélancolie notamment.

D'autre part, la dissociation ne se présente pas toujours dans le sens d'une supériorité de l'attention réactive par rapport au test d'évocation. Des cas inverses se rencontrent également et nous retenons, comme illustrant particulièrement ce fait, les observations de quelques *imbéciles* chez lesquels une supériorité de la mémoire d'évocation n'est *jamais* accompagnée d'une supériorité parallèle de l'attention réactive, celle-ci étant, en général, extrêmement faible, sinon nulle.

Nous observons alors l'inverse de ce qui se produit dans les cas cités au début de ce paragraphe : c'est la « maturation » du souvenir qui s'accomplit d'une façon très supérieure à la persistance des impressions sensorielles et à la capacité d'attention. Si nous admettons que, dans les cas d'imbécillité, on trouve une certaine supériorité de la mémoire, nous en arrivons à cette conclusion que la maturation du souvenir représente bien le mécanisme essentiel de la mémoire et que son existence, son évolution, sa disparition constituent les phénomènes mnésiques les plus importants. En elle réside l'essence même de la fonction mnémonique et elle ne saurait être effacée par une théorie qui ne considérerait que la seule capacité d'un effort intellectuel s'appliquant à l'évocation plus ou moins aisée de souvenirs formés d'emblée, toujours persistants, et présents dans l'inconscient.

Une dernière série d'observations permet de préciser en quel sens il faut comprendre ces phénomènes mnésiques. Si nous nous interrogeons sur la question d'un rapport possible entre la capacité d'évocation du sujet et la facilité avec laquelle il accomplit l'épreuve de représentation mentale, nous constatons toujours une très nette supériorité de la représentation mentale sur l'évocation.

Cette supériorité apparaît surtout dans : les cas de paralysie générale (gr. 1) ; démence sénile (gr. 1) ; alcoolisme chronique ; psychose de Korsakoff ; intoxication par l'oxyde de carbone ; psychose hallucinatoire (gr. 1) ; tumeurs cérébrales et amnésies.

Les deux épreuves sont généralement équivalentes dans la démence précoce. Par contre, chez les imbéciles, le rapport est inverse : les épreuves de mémoire d'évocation sont toujours supérieures à la représentation mentale — extrêmement faible — des sujets. (Moyenne de la supériorité de l'indice d'évocation : 3).

La capacité mnésique désignée sous le nom de mémoire d'évocation se forme donc tôt dans l'évolution mentale ; elle disparaît vite dans les cas de désintégration — elle serait alors la première atteinte — et elle est souvent plus atteinte que les autres formes de mémoire dans les cas de dissolution.

Sa divergence fréquente avec les épreuves de mémoire immédiate, son indépendance relative vis-à-vis de l'effort d'attention et, enfin, sa disparition alors que le malade conserve une bonne représentation mentale, mettent surtout en valeur, nous semble-t-il, l'importance du facteur *temps* dans le mécanisme de la mémoire proprement dite. La persistance de la fixation s'abolit, malgré la possibilité d'un effort intellectuel, malgré l'intensité relative de la représentation mentale et de la retentivité des impressions sensorielles, parce que la formation du souvenir requiert un facteur de *durée* qui fait défaut. Faut-il voir là un phénomène positif ? Faut-il, au contraire, penser que ce processus de fixation est entravé par une sorte d'inhibition due à d'autres facteurs (hypothèse qui permettrait de rapprocher ces faits des recherches de Pavlov et de son école sur les phénomènes d'inhibition dans la formation des réflexes conditionnels) ? Rien ne nous permet de trancher cette question.

Il nous paraît cependant que cette fixation dépend sans doute de phénomènes très différents de la seule formation d'associations, et des rapports intellectuels établis entre les impressions reçues et les acquisitions passées (Foucault) (1). C'est, à notre sens, préciser trop la nature de la possibilité d'évocation que la ramener à des processus associatifs. Il est contraire aux faits d'affirmer, d'après les théories associationnistes, que l'amnésie antérograde n'est due qu'à un trouble des liaisons associatives (de Morsier) (2). C'est, d'autre part, trop la restreindre qu'identifier toujours les déficiences constatées dans cette épreuve à l'incapacité d'un effort intellectuel.

Un souvenir se forme, se fixe, mûrit dans le temps, et cette

(1) Foucault. — Sur la fixation des images (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1924, p. 523).

(2) De Morsier. — Le syndrome préfrontal. L'amnésie de fixation. *Encéphale*, 1929, 4.

maturation a ses lois, ses conditions de possibilité dont nous ignorons encore presque tout, mais qui paraît bien avoir des caractères spécifiques, indépendants de toute autre fonction intellectuelle.

§ 2) — La mémoire de reconnaissance

C'est un fait que nous nous trouvons, dans l'épreuve de reconnaissance d'un souvenir, en présence d'un mécanisme mnésique bien différent de celui qui est requis pour la fixation et l'évocation d'une impression. Il semble, selon certains auteurs, que, dans l'acte de reconnaissance, l'esprit soit beaucoup plus passif et que, seul, un sentiment de « familiarité » nous avertisse du phénomène dont nous sommes l'objet. D'après d'autres théories, au contraire, la reconnaissance d'une impression passée est une affirmation, un « jugement », et par là même elle requiert des mécanismes intellectuels, logiques, beaucoup plus complexes, plus élevés, dans la hiérarchie psychique, que les autres formes de mémoire. Nous ne passerons pas ici en revue toutes les théories qui tentèrent de donner diverses explications de la reconnaissance du souvenir. Un bon exposé critique en a été fait par Katzaroff qui ne dénombre pas moins de quatorze hypothèses différentes (1), la plupart se doublant, d'ailleurs, d'hypothèses physiologiques et anatomiques : « frayage » de voies associatives, etc..., à propos des mécanismes mis en cause.

Dans la perspective où nous nous sommes placés dans ce travail, nous avons à nous demander si nous constatons des cas où une faiblesse particulière, un trouble électif du test de reconnaissance nous apparaît (ou — si cela se présente — une réussite plus grande de cette épreuve) ; ensuite, en rapport avec quels autres processus ce fait peut-il être mis ?

Une première observation s'impose : nous avons, dès le début de ce travail, isolé toute une série de troubles mentaux dans lesquels les troubles de la mémoire apparaissaient, soit d'une manière très précoce, soit avec une gravité particulière ; et, à ce titre, nous avons pu les désigner du nom de troubles électifs de la mémoire. Or, à l'inverse de l'épreuve d'évocation, le test de reconnaissance ne se révèle pas particulièrement atteint dans ces catégories : paralysie générale (gr. 1) ; intoxications par l'oxyde de carbone ; alcoolisme chronique (gr. 1) ; tumeurs céré-

(1) Katzaroff. — Contribution à l'étude de la recognition (*Archives de psychologie*, t. XI, 1911, pp. 1-78).

brales ; amnésies. Lorsqu'un trouble paraît atteindre plus spécialement la mémoire de reconnaissance, on peut donc supposer que les mécanismes mnésiques ne doivent pas être seuls en défaut. Une déficience marquée de la mémoire de reconnaissance nous apparaît dans les cas suivants (moyenne de l'infériorité du test de reconnaissance par rapport aux autres tests de mémoire) :

Alcoolisme chronique (groupe 2) (3 cas sur 5)	3,5
Psychose hallucinatoire chronique (5 cas sur 10)	2,8
Mélancolie (6 cas sur 10)	2,5
Démence précoce (6 cas sur 12)	2,2

On peut, d'après l'énumération des catégories de malades chez lesquels on observe cette déficience du test de reconnaissance, se demander s'il n'est pas juste de la lier à un trouble spécial du sentiment du moi, de la personnalité. On retrouverait ici l'opinion de plusieurs psychologues qui ont beaucoup insisté sur le rapport du phénomène de reconnaissance avec le sentiment du « moi », le sentiment d' « appartenance » à la personnalité caractérisant ce fait qu'un souvenir est, non seulement présent, mais est dit « nôtre » et reconnu par nous comme nous appartenant. Nous faisons ici allusion aux théories de Dugas (1), de Claparède (2), de Katzaroff (3), établies, d'ailleurs, par des méthodes toutes différentes. Les catégories de malades citées plus haut sont indiscutablement celles où l'on observe le plus fréquemment l'atteinte de la personnalité et dans lesquelles un trouble du sentiment de « moïté » est caractéristique.

Mais une telle interprétation de ces tests requiert une remarque préliminaire : en tant que le test de la reconnaissance consiste dans la présentation de quelques figures géométriques, et dans leur reconnaissance immédiate parmi d'autres, il doit aussi être rangé parmi les épreuves visant la persistance d'une impression sensorielle. En ce sens, il est donc — comme le test de fixation — un test de mémoire immédiate, et, comme celui-ci, il peut n'indiquer qu'une déficience particulière de la capacité de « retentivité » du sujet. Seraient seuls dûs au manque de

(1) Dugas. — La perte de mémoire et la perte de conscience (*Revue philosophique,* 1899, t. II, p. 43). La définition de la mémoire (*Revue philosophique* 1907, t. II, p. 365). L'oubli et la personnalité (*Revue philosophique,* 1912, t. II, p. 338). *La mémoire et l'oubli,* Paris, 1917. Sur la reconnaissance des souvenirs (*Journal de psychologie,* 1904, I).

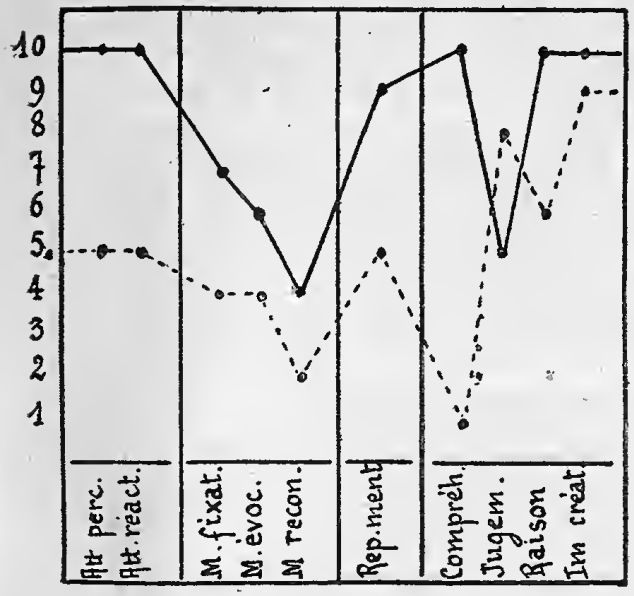
(2) Claparède. — Recognition et moïté (*Archives de psychologie,* t. XI, 1911, p. 79).

(3) Katzaroff. — Article cité.

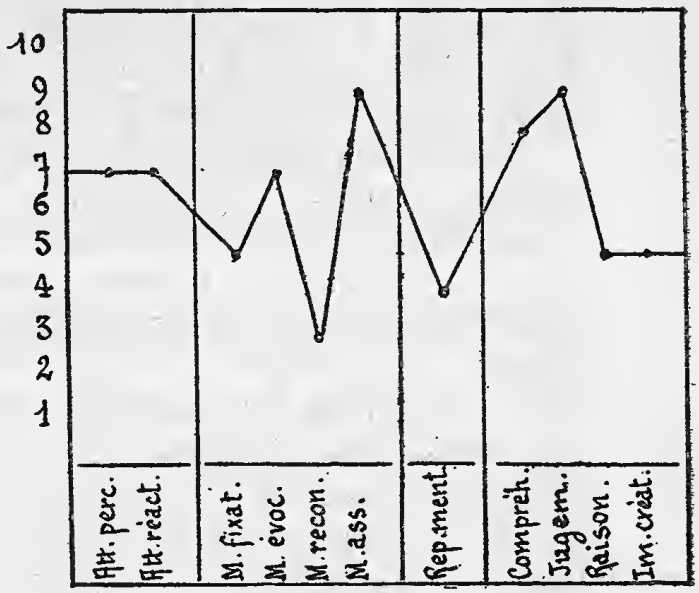
reconnaissance proprement dite, les cas de faiblesse de l'épreuve de reconnaissance sans infériorité de l'épreuve de fixation.

Une comparaison des cas où leur coïncidence se rencontre nous permet d'éliminer un certain nombre d'observations, mais d'en conserver une série d'autres comme manifestant bien la seule infériorité de l'épreuve de reconnaissance. En effet, nous

Ligne continue (obs. 82) groupe 1.
Ligne brisée (obs. 92) groupe 2.



GRAPHIQUE 11



GRAPHIQUE 12. OBSERV. 111

trouvons l'infériorité de l'épreuve de reconnaissance par rapport à la fixation :

1° Dans le groupe 2 des alcooliques chroniques (obs. 31, 41 et 45).

2° Dans les observations de psychoses hallucinatoires chroniques (obs. 51, 53, 56, 58).

3° Dans la moitié des cas de démence précoce (obs. 81, 82, 83, 87, 88, 92).

4° Et dans la moitié des cas de mélancolie (obs. 107, 108, 109, 110 et 111).

Nous donnons ci-dessous deux types de courbes mentales, l'un d'un dément précoce de chaque catégorie (graphique 11), l'autre d'une mélancolique (graphique 12).

Pour être complet, nous ajouterons ici le cas des imbéciles dont 2 cas sur 4 (obs. 77 et 79) révèlent une infériorité de ce test ;

mais, au point de vue du développement mental, il est difficile de conclure quoi que ce soit, étant donné le petit nombre d'imbéciles examinés et surtout le fait que les deux catégories de débiles n'apprennent rien à ce sujet.

Au point de vue de l'évolution de l'affection mentale ou de la restauration des fonctions intellectuelles, nous trouvons seulement une indication dans le fait que ce trouble prend une gravité particulière si l'on passe du groupe 1 au groupe 2 des alcooliques chroniques, et dans le fait, plus caractéristique, que dans un cas de tumeur cérébrale examiné avant et après opération (obs. 114, voir graph. 2), nous remarquons que cette épreuve, particulièrement faible avant l'opération, dépassait — après celle-ci — le niveau des autres épreuves de mémoire.

Il est donc possible de conclure que l'examen de groupes de malades mentaux chez lesquels on admet généralement une atteinte privilégiée du sentiment de la personnalité et de la synthèse mentale, présente, dans certains cas, et dans des proportions variables, une déficience particulière du test de reconnaissance.

Il reste cependant que nous n'avons jamais eu affaire ici qu'à une épreuve de mémoire immédiate et que nous n'avons pas appliqué de test de *reconnaissance différée,* qui serait analogue au test d'évocation par rapport au test de fixation. Or ceci a sans doute une importance décisive et éclaire la signification de certains troubles de la reconnaissance par rapport au sentiment de « moïté ». On sait que Claparède, notamment, a basé sa thèse en grande partie sur l'observation d'une malade de Korsakoff (1). Un des caractères les plus intéressants du trouble mnésique présenté par cette malade, était, selon l'auteur, le fait qu'elle ne pouvait ni évoquer, ni reconnaître les souvenirs, mais que, parfois, certains mots qui lui échappaient, certains faits cités par elle, donnaient à penser qu'elle en possédait bien les éléments, mais ne les « reconnaissait » pas, ne les identifiait pas à son expérience. « On arrivait à susciter, de façon réflexe, certains « détails de ce qu'elle croyait avoir oublié, mais elle ne les recon- « naissait pas pour des souvenirs (2). »

De là, selon l'auteur, il arrive que « le sujet prenne des évoca- « tions spontanées pour des impressions et les projette sous « forme hallucinatoire (3). »

(1) Claparède. — Expérience sur la mémoire dans un cas de psychose de Korsakoff (*Revue médicale de la Suisse romande,* 1907, p. 301).
(2) *Recognition et moïté,* p. 85.
(3) *Id.* p. 87.

Si l'on veut bien se reporter aux catégories de malades cités plus haut, dont la reconnaissance est défectueuse, on verra que ce sont précisément les catégories dans lesquelles ces derniers phénomènes apparaissent le plus fréquemment, et il y aurait même alors un rapport entre la reconnaissance immédiate et la reconnaissance différée. A propos de cette dernière, nous citerons un exemple qui ressemble assez au cas décrit par Claparède : il s'agit d'un malade (obs. 50) ayant subi une lente intoxication par un appareil de chauffage à gaz ; cette intoxication avait déterminé une amnésie antérograde progressive, avec une extrême désorientation dans le temps et un certain degré (plus apparent que réel, d'ailleurs) d'inertie mentale. Ce malade se montrait à peu près incapable de citer de mémoire les objets dont on lui demandait le nom (test d'évocation) ; toutefois, un jour qu'une personne différente lui posait une tout autre question, il arriva qu'il répondit en citant plusieurs des objets présentés huit jours auparavant.

Ceci semble toutefois être davantage un trouble de l'évocation, l'impossibilité d'évoquer les souvenirs au moment voulu, quand on le lui demande, et surtout la difficulté de « localiser » dans le temps le souvenir demandé (confusion entre des souvenirs appartenant à des moments, à des jours différents) qu'un trouble de la reconnaissance. Le malade sait très bien ici qu'il s'agit de souvenirs personnels, mais il ne sait à quel moment du temps les rattacher. On ne peut donc éliminer le facteur temps — dont Claparède désire se passer — quand il s'agit d'un trouble, non de reconnaissance, mais de localisation (1).

Nous devons encore noter, à ce propos, que Claparède lie les troubles de la reconnaissance avec les troubles de l'évocation : « ils se présentent ensemble », dit-il. Sans doute faut-il entendre ici que les troubles de reconnaissance *différée* et les troubles d'évocation peuvent fréquemment se présenter simultanément. Comme nous n'avons fait usage que d'un test de reconnaissance *immédiate,* nous n'avons pas à nous étonner de n'avoir trouvé aucun parallélisme entre ces deux séries d'épreuves.

(1) Delacroix s'oppose à cette conception de Claparède : toute reconnaissance suppose la conscience du passé. On reconnaît bien un souvenir en tant qu'il appartient au moi, mais à un moi passé. Pour Delacroix, toute reconnaissance suppose d'ailleurs une ébauche de localisation. (Cf. « Les Souvenirs », *Traité de Dumas,* t. II, pp. 73 à 80).

Une dernière question se pose lorsqu'on étudie la mémoire de reconnaissance : elle se rattache au phénomène de la « *fausse reconnaissance* ».

Quand et comment constatons-nous les « fausses reconnaissances » ? Aux troubles de quelle forme de mémoire peuvent-elles être rattachées (1) ?

Certaines intoxications, l'intoxication alcoolique et la psychose de Korsakoff, ont souvent été décrites comme présentant fréquemment ce phénomène. Comme nous n'avons examiné qu'un très petit nombre de psychoses de Korsakoff, nous ne tirerons aucune conclusion du fait qu'aucun des malades examinés ne présentait cette particularité. Quant aux alcooliques chroniques, nous n'avons trouvé de fausses reconnaissances que dans un seul cas. Une seule série de malades présentait des fausses reconnaissances d'une manière presque constante : il s'agit des *maniaques*. Sur 10 maniaques examinés, 7 d'entre eux faisaient des fausses reconnaissances.

Or, non seulement ces malades n'entraient pas dans le groupe des sujets présentant soit un déficit, soit une supériorité marquée des test de mémoire, mais — nous l'avons vu — chez beaucoup d'entre eux la mémoire, bien qu'affaiblie, ne présentait pas de déficit caractéristique. Bien plus, certains manifestaient, au cours de l'examen, une véritable hypermnésie : il s'agissait là d'une mémoire capricieuse, difficile à diriger, mais cependant souvent exacte et précise. Il semble donc bien que le phénomène de la fausse reconnaissance puisse être difficilement envisagé comme un simple trouble de la mémoire.

Beaucoup plus plausible nous semblerait l'hypothèse qui ferait dériver les fausses reconnaissances présentées par la plupart de ces malades, d'un trouble de la croyance (2).

A cet égard, le cas des maniaques semble singulièrement démonstratif. Il serait difficile de trouver chez eux une atteinte spéciale du sentiment du moi, un trouble de la personnalité. Pas davantage, leur mémoire d'évocation ne peut être mise en cause. Ce qui manque chez eux, est le contrôle des images, des souvenirs qui se présentent pêle-mêle à leur esprit ; c'est surtout la mise en rapport de ces impressions avec l'entourage, et l'inhibi-

(1) La fausse reconnaissance doit évidemment être comprise ici dans le sens d'erreur d'identification de personnes, et non dans le sens de sentiment du déjà vu (paramnésie).

(2) Toute étude de ce genre de troubles mnésiques est redevable des théories de Janet, qui, déjà en 1903, mettait en valeur le rôle joué par les sentiments et la croyance (*Les Obsessions et la Psychasthénie*).

tion de ce que l'expérience et la réflexion montrent être en contradiction avec elles. Peut-on dire que ces malades « croient » ce qu'ils affirment ? Pas même. Simplement, l'attention ne contrôle plus le flot d'images qui déferlent dans leur esprit. Ils affirment, sans croire ce qu'ils affirment parce que, justement, ils ne « croient » plus, dans le sens courant de ce terme. De là, ces affirmations lancées spontanément, abandonnées aussitôt pour une autre, remplacées, peu après, par des affirmations contradictoires.

Ce qui est intéressant, dans ces cas, est de voir jusqu'à quel point et comment le sujet se détache de la réalité. D'abord, il y a plus, chez lui, absence de croyance que croyance erronée. Ensuite, il y a une inversion du processus ordinaire de constitution de la notion du réel. Alors qu'il semble bien qu'ordinairement se produisent, d'abord les phénomènes mnésiques, puis, d'après eux, la croyance et la constitution de la notion du réel, et, dans certains cas pathologiques, des troubles de la mémoire déterminant des erreurs de la croyance, on observe ici les processus suivants : diffusion de l'attention, absence de croyance, puis affirmations erronées portant sur des événements passés — sans que les mécanismes de la mémoire soient lésés (1).

En résumé : nous pensons que l'étude des troubles de la reconnaissance mettent spécialement en valeur la complexité des mécanismes qui entrent en jeu dans ce qu'on est convenu de désigner du nom global de mémoire et de troubles de la mémoire. Les examens de plusieurs catégories de malades laissent deviner l'interaction de la mémoire proprement dite (ici, mémoire d'évocation), du sentiment de la personnalité et des phénomènes de croyances élémentaires, fonctions mentales qui sont lésées, tantôt simultanément, tantôt de façon tout à fait indépendante, et dont l'équilibre confère seul un aspect normal à la vie psychique.

(1) Cf. « *Identification délirante* et *fausse reconnaissance* » (Paul Courbon et Jean Tusques : *Annales médico-psychologiques*, 1932, t. II, 1).

Ils distinguent 3 cas de fausses reconnaissances, d'après les catégories de malades chez lesquelles se produisent :

1) identification hyperbolique par excès de langage : maniaques.
2) identification amnésique : fausse reconnaissance des déments et des confus.
3) identification délirante : fausse reconnaissance des délirants chroniques dont la mémoire est intacte.

L'article est consacré à l'analyse de ce dernier cas.

§ 3) — La mémoire associative

Lorsque des malades manifestent une faiblesse très marquée des fonctions mnésiques, que faut-il penser du fait qu'ils réussissent beaucoup mieux le test de mémoire associative ? Que signifie cette constatation que certains sujets retiennent, en général, bien mieux le mot associé à un autre par un rapport, soit habituel (contiguïté, succession), soit logique (identité, contradiction, appartenance à une même classe) ? On peut voir là la persistance d'automatismes. On peut y découvrir aussi la capacité de saisir des rapports, avec ou sans conservation d'une bonne attention. Isolons les cas, très nombreux, dans lesquels cette supériorité se constate.

Nous trouvons d'abord les catégories dans lesquelles nous avons signalé un trouble électif de la mémoire.

Citons, d'après les différences moyennes des indices de mémoire associative et des autres tests de mémoire :

Intoxication par CO.	3,9
Démence sénile, groupe 1	3,8
Tumeur cérébrale	3,5
Psychose halluc., groupe 1	3,5
Amnésie	3,5
Psychose de Korsakoff	2,7
Démence sénile, groupe 2	2,5
Alcoolisme chron., groupe 1	2,3
Paralysie générale, groupe 1	2,3

Toutefois, nous avons retrouvé le même écart dans d'autres groupes, où les troubles de la mémoire, d'existence certaine, ne se présentaient pourtant pas électivement :

Manie, groupe 2	5
Mélancolie (groupe 2, anxieux)	4
Manie, groupe 1 (hypoman.)	2,8
Mélancol., groupe 1	2,5
Déments précoces, groupe 1	2,5

Ce qui semble bien se dégager de ces chiffres, c'est que les types d'amnésies électives prouvent que la mémoire associative n'implique que faiblement l'intervention des mécanismes mnésiques, ou, du moins, que des mécanismes intellectuels bien conservés jouent un rôle de compensation par rapport à la mémoire défaillante et que, dans ces cas d'amnésie, la conservation des capacités intellectuelles permet de suppléer à la faiblesse de la fixation...

Tout ceci ne s'écarte pas de ce que nous savons des troubles de la mémoire chez ces malades, et nous fait déjà entrevoir le rôle des fonctions intellectuelles dans les cas de troubles mnésiques (1).

D'autre part, nous constatons qu'en dehors des amnésies électives, la supériorité de la mémoire associative dans les cas de manie et de mélancolie, paraît beaucoup plus nette dans les cas aigus ; il y aurait lieu de se demander, à propos de ces observations, s'il faut spécialement incriminer la faiblesse de mémoire générale, ou si l'on peut attribuer cet écart à une réelle supériorité dans les tests de mémoire associative.

Dans ces exemples précis, il est sans doute bien difficile de constater une supériorité des fonctions intellectuelles dans les cas graves par rapport aux cas légers, et on est amené à se poser cette question : n'est-ce pas une surexcitation des automatismes qui joueraient ici à propos d'associations déjà bien connues du sujet et ne nécessitant plus guère un effort d'acquisition ?

Enfin il faut sans doute réserver ici une mention spéciale aux troubles d'évolution et de dissolution des fonctions mentales : cas des débiles et des imbéciles d'une part, cas des déments séniles, d'autre part.

Le troisième groupe des déments séniles, bien que donnant des résultats très irréguliers, ne révèle plus la même supériorité que le groupe 2, toutefois nous trouvons encore deux cas d'assez forte supériorité de la mémoire d'association. Si nous passons aux résultats obtenus par les imbéciles, nous trouvons encore cette supériorité légère dans 3 cas sur 4 (indice moyen de supériorité : 1,4).

*
**

Ce qu'il est important de savoir maintenant, c'est jusqu'à quel point interviennent les mécanismes intellectuels, jusqu'à quel point les automatismes. La première question sera spécialement envisagée dans la troisième partie de cette étude « Mémoire et Intelligence ». Nous trouverons déjà des indications sur le rôle joué par les automatismes, en nous demandant s'il y a ordinairement parallélisme entre le succès de l'épreuve de mémoire associative et l'attention réactive. Si une dissociation s'établit, si des malades n'étant plus capables que d'une très faible attention,

(1) Sur le rôle des fonctions intellectuelles, et, particulièrement, du jugement dans la mémoire associative : Cf. P. RANSCHBURG : Expérimentelle Beiträge zür Lehre von Gedächtniss, Urteil und Schlussfolgerung an Gesunden und Kranken. *Arch. f. Psychologie,* LXXVII, 1930, pp. 437-526).

révélant donc l'anéantissement de tout effort intellectuel, manifestent pourtant une grande supériorité du test de mémoire associative par rapport aux autres tests de mémoire, nous aurons alors un argument en faveur de l'automatisation de leurs opérations mentales ; on peut voir là une preuve de ce que l'accomplissement de ce test provient, chez eux, de la conservation d'automatismes une fois établis, plus que de l'activité spirituelle et de la capacité de saisir encore des associations nouvelles.

C'est pour cette raison que, si le parallélisme généralement constaté entre les épreuves d'attention réactive et de mémoire associative ne nous apprend rien de nouveau dans les catégories de malades présentant un trouble électif de la mémoire (Paralytiques généraux, groupe 1 ; Alcool. chroniques, groupe 1 ; Intoxications par C. O, Tumeurs cérébrales, Amnésies), leur dissociation peut avoir une signification très intéressante chez d'autres malades.

A ce point de vue, nous pouvons considérer spécialement les différents groupes de *démence sénile*. Le groupe 1 ne permet d'affirmer aucun parallélisme entre les deux séries d'épreuves, car, alors que la mémoire associative est *toujours* supérieure (du simple au double), aux autres formes de mémoire, on ne trouve qu'une seule observation (obs. 18) où l'attention réactive atteigne le même niveau que les autres épreuves, mais trois observations dans lesquelles elle est beaucoup plus faible.

Dans le groupe 2, même impossibilité d'affirmer le parallélisme : dans 4 cas sur 5, grosse supériorité de la mémoire associative ; or, parmi ces cas, il n'y en a qu'un seul où se remarque une bonne attention réactive. Dans les trois autres cas, elle est très mauvaise (presque nulle même dans les observations 23 et 26). Enfin, le groupe 3 donne des résultats extrêmement irréguliers, mais qui, en aucun cas, ne montrent un parallélisme. La supériorité de la mémoire associative ne se constate plus que dans 2 cas sur 6 ; or, dans ces deux cas, l'attention réactive est extrêmement faible (obs. 19 et 30).

Nous pouvons donc conclure que la comparaison de l'attention réactive et de la mémoire associative, dans la démence sénile, ne montre aucune concordance et prouve même que la mémoire associative peut persister en dehors de toute attention.

L'examen des *troubles d'évolution* est beaucoup moins significatif. Lorsque les fonctions intellectuelles atteignent un niveau suffisant (débiles du groupe 2), nous pouvons attribuer à ces capacités la supériorité de la mémoire associative : toutefois, nous ne l'avons constatée que dans 3 cas sur 6. Dans le groupe 1,

où les fonctions intellectuelles sont beaucoup moins développées, les résultats sont très irréguliers ; sur 6 cas de supériorité de la mémoire associative, on peut noter 2 cas dans lesquels l'attention réactive est très médiocre (obs. 66 et 67). Parmi les imbéciles, on note 3 cas de supériorité de la mémoire associative, dont l'un (obs. 72) très net : l'attention réactive est très faible.

Alors que les groupes 1 des *Alcooliques chroniques* et des *Psychoses hallucinatoires* se rapprochent des observations citées plus haut : supériorité de la mémoire associative allant de pair avec une bonne attention et des fonctions intellectuelles bien conservées, les groupes 2 fournissent quelques indications différentes ; *Alcool. chr.*, groupe 2 : sur 5 cas, on note 2 cas de supériorité de la mémoire associative ; dans l'un de ces cas (obs. 45) attention réactive extrêmement faible.

Psychose hallucinatoire, groupe 2 : un seul cas de supériorité de la mémoire associative (obs. 59) : attention faible. Résultats très irréguliers chez les *maniaques* et les *mélancoliques :* dans chacun des deux groupes de ces psychoses, nous trouvons des cas de parallélisme et des cas de dissociation :

Manie, groupe 1 (hypomaniaques) : 2 cas de supériorité parallèle des deux épreuves, 2 cas d'infériorité parallèle ; un cas dans lequel on trouve une bonne mémoire associative avec faible attention réactive.

Manie, groupe 2 : un cas très net de dissociation (obs. 97) : différence des indices : 4, v. ci-dessous graphique 13).

Mélancolies, groupe 1 : 3 cas où les deux épreuves sont supérieures et 3 cas où la mémoire associative reste bonne, alors que l'attention réactive a fléchi.

Mélancolies, groupe 2 (anxieux) : 2 cas de supériorité parallèle, un cas de dissociation.

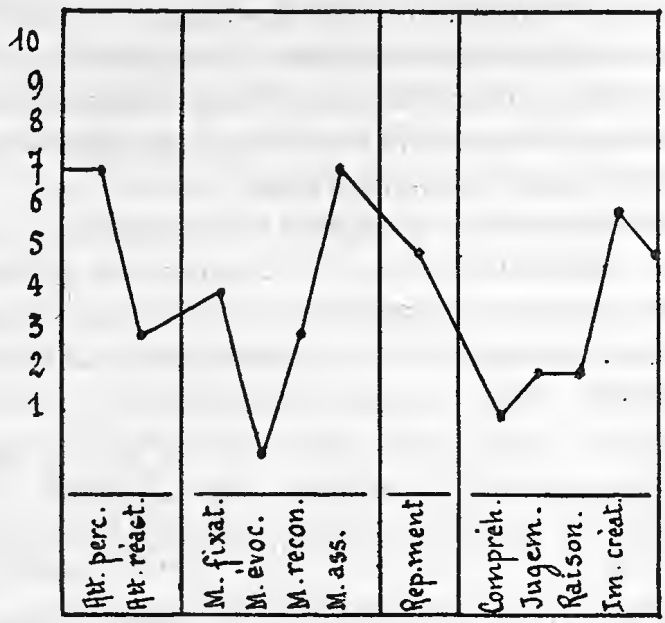
Certains cas de *démence précoce* du groupe 1 se rapprochent des examens d'amnésies électives : parallélisme de la supériorité de la mémoire associative, de l'attention réactive et des fonctions intellectuelles (obs. 81, 82, 84 et 88), mais aussi un cas d'infériorité parallèle de l'attention et de la mémoire associative (obs. 86).

Dans le groupe 2 : 2 cas d'infériorité parallèle (90 et 92) et un cas de dissociation (83).

En résumé : à côté des groupes où les résultats obtenus dans les tests d'attention et d'élaboration nous montraient que la supériorité de la mémoire associative sur les autres formes de mémoire était peut-être due à la bonne conservation des fonctions intellectuelles, nous avons trouvé, dans différents groupes, des

cas isolés de nettes dissociations : une mémoire associative supérieure aux autres formes de mémoire, coexistant avec une déficience très marquée de l'attention et des fonctions intellectuelles. On ne les trouve, d'une manière régulière, dans aucune catégorie déterminée, mais elles apparaissent le plus fréquemment dans les troubles de dissolution des démences séniles.

C'est, presque toujours, la mémoire associative qui se conserve, l'attention réactive ayant fléchi.



GRAPHIQUE 13. OBSERV. 97

Ceci montre donc le rôle que joue l'automatisme dans des associations qui ne sont plus établies intelligemment et qui échappent à l'effort d'attention.

En terminant ce paragraphe, nous croyons nécessaire d'insister quelque peu sur le rôle que nous attribuons ici à l'automatisme et sur la signification que nous réservons à ce terme.

On comprend très bien dans quel sens nous avons parlé de l'automatisation des fonctions intellectuelles dans la démence sénile, par exemple. Il s'agit de rapports intellectuels anciens, devenus habituels, et jouant sans qu'intervienne un effort mental nouveau.

Mais le mot automatisme a été pris, dans ces dernières années, dans un sens très différent et il a été attribué à certaines affec-

tions mentales d'un tout autre genre ; il désigne alors des fonctions échappant à l'autoconduction et révèle l'incapacité de réaliser des synthèses psychiques supérieures. Il représente la désintégration, sinon la scission, des différentes fonctions mentales. A cette hypothèse psychologique se lie, dans l'esprit de certains auteurs, des hypothèses physiologiques et anatomiques.

Il n'est pas sans intérêt, dès lors, de se demander si la dissociation que nous avons recherchée dans ce paragraphe, se présente dans les cas que l'on est convenu de rapporter à une désagrégation de la synthèse psychique et à l' « automatisme mental ».

Or, nous l'avons vu, si nous en trouvons quelques observations dans la démence précoce, dans les psychoses maniaco-dépressives et dans les psychoses hallucinatoires chroniques, elle s'y présente d'une manière tout à fait isolée.

D'autre part, à côté des cas de supériorité de la mémoire associative par rapport à l'attention et aux fonctions intellectuelles, n'existe-t-il pas certains cas inverses, où elle serait électivement atteinte, cas qui révèleraient un trouble des associations ?

Nous les avons recherchés (ils sont extrêmement rares) et nous avons trouvé :

3 cas de paralysie générale (obs. 11, 12 et 15).
3 cas de démence sénile (obs. 16, 17, 25).
1 cas d'alcoolisme chronique (obs. 32).
2 cas de débilité mentale (obs. 64 et 73).
1 cas d'imbécillité (obs. 79).

Or, aucun de ces malades ne présentait de l'automatisme mental avec troubles psychosensoriels, au sens où on l'entend dans les théories auxquelles nous avons fait allusion.

Par contre, nous ne l'avons relevé dans aucun cas de psychose hallucinatoire, aucun cas de psychose maniaco-dépressive, et nous ne l'avons constaté que dans un seul cas de démence précoce.

Il s'ensuit que le test de mémoire associative — tel que nous l'avons utilisé dans ce travail, — doit être compris comme se rapportant essentiellement, soit à la perte de la capacité de saisir des rapports habituels ou logiques, soit à la persistance de rapports anciennement acquis et devenus habituels. L'automatisme mental vise ici uniquement la persistance de ces rapports à côté d'un affaiblissement, parfois considérable, d'une idéation active, de l'effort intellectuel et de la pensée intuitive.

Il se rapporte à des fonctions stabilisées, figées, par opposition

à la pensée vivante et à l'autoconduction. Les notions de troubles des associations et de désintégration des fonctions mentales, en tant qu'elles désignent les symptômes constatés dans la démence précoce, ou dans la psychose hallucinatoire, par exemple, ne peuvent être empruntées au sens dans lequel nous entendons ici l'automatisme mental, mais elles semblent en être arrivées à désigner des mécanismes tout différents.

III. La mémoire et l'intelligence

Les remarques que suggère la comparaison des fonctions mnésiques et des fonctions intellectuelles, rappellent, dans leurs grandes lignes, les remarques faites à propos de l'attention et de la mémoire, car s'il existe toute une série de malades présentant une nette dissociation de l'attention et de la mémoire, se marquant par la supériorité des épreuves d'attention, presque toujours les fonctions intellectuelles sont alors bien conservées.

Rappelons donc brièvement que l'atteinte privilégiée de la mémoire, avec des fonctions intellectuelles pas ou peu touchées, se constate dans : la paralysie générale, groupe 1 ; la psychose hallucinatoire chronique, groupe 1 ; la démence précoce, groupe 1, certains cas de tumeurs cérébrales, les amnésies essentielles et dans bon nombre de cas (33 %) d'alcoolisme chronique. Le fonctionnement correct de l'intelligence interdit de penser qu'on se trouve en présence des démences proprement dites. La courbe mentale du graphique 1, reproduit dans la première partie, vaut tout aussi bien pour l'intelligence que pour l'attention. Ceci étant admis, nous pouvons noter, ici encore, que si l'on considère l'aggravation de l'état mental des malades, en passant, par exemple, du groupe 1 ou groupe 2 et au groupe 3 des paralytiques généraux, on constate que l'abaissement des fonctions mnésiques présente une courbe très différente de l'abaissement des fonctions intellectuelles. On peut se représenter, avons-nous dit, que les fonctions mnésiques, les premières atteintes au groupe 1 (différences d'indices de 3, 4 à 5, 6) subissent une nouvelle régression, mais moins forte que celle des fonctions intellectuelles, au groupe 2 (différences d'indice de 0 à 1,6) ; en passant au groupe 3, nouvelle et profonde régression des fonctions mnésiques. Au contraire, les fonctions intellectuelles ne sont guère atteintes sérieusement qu'au groupe 2, et, subissant une nouvelle régression au groupe 3, y restent cependant supérieures aux fonctions intellectuelles dans trois cas sur quatre.

La courbe mentale a donc une évolution différente selon qu'on envisage les fonctions mnésiques (déchéance précoce et continue) ou les fonctions intellectuelles (déchéance plus tardive et moins complète) (1).

Le groupe des *déments séniles* montre une atteinte générale de l'intelligence. Dans un seul cas du groupe 1 (obs. 19), on constate une supériorité des fonctions intellectuelles. En passant aux deux autres groupes, nous observons une très forte déchéance intellectuelle (dans le groupe 2, trois cinquièmes des cas, et, dans le groupe 3, quatre sixièmes des cas), montrant même une légère supériorité de la mémoire. Ici encore, la courbe de dissolution de la mémoire et des fonctions intellectuelles est différente, mais cette différence se présente, en quelque sorte, en sens inverse de celle des paralytiques généraux.

Dans les troubles d'évolution, on note également :

débiles mentaux, groupe 2 : déficience légère des tests de mémoire et d'intelligence, mais dans le groupe 1 : les tests de mémoire tendent à être supérieurs aux tests d'intelligence ; enfin chez les *imbéciles :* les épreuves de mémoire sont toujours très supérieures aux épreuves d'élaboration.

Ces observations reproduisent donc, presque littéralement, les observations faites à propos de la mémoire et de l'attention.

*
**

Nous devons cependant nous demander si cette correspondance se vérifie toujours. Dans ce cas, on pourrait admettre que le test d'attention évolue parallèlement aux fonctions intellectuelles et il serait alors légitime de penser que la réussite plus ou moins grande des tests d'attention — plus spécialement d'attention réactive — nous renseigne sur les « possibilités » intellectuelles du sujet.

Si des divergences se présentent, elles sont légères, mais non moins significatives. Où les trouvons-nous ? Dans le groupe 1 des *alcooliques chroniques* d'abord : les deux tiers des alcooliques chroniques (la totalité des cas du groupe 1), conservent, disions-nous, une attention intacte, alors que les fonctions mnésiques

(1) GUILLAROWSKY note aussi le manque de parallélisme entre les troubles de la mémoire et les troubles de l'intelligence, et il souligne l'atteinte toute particulière de la mémoire chez les paralytiques généraux. Elle serait, chez eux, beaucoup plus grande que dans les cas de sclérose cérébrale (Cf. Des troubles de la mémoire dans certaines affections en foyer du cerveau, *Archives de Neurologie*, 1912, t. I, p. 282-298).

peuvent être très touchées. De ces malades, la moitié seulement (soit un tiers des cas de l'ensemble des malades examinés) garde une supériorité des fonctions intellectuelles. Chez les autres sujets, elles subissent une régression souvent légère, mais cependant nette.

Dans le groupe 1 des *psychoses hallucinatoires,* même constatation : dans ce groupe, nous avons isolé tous les malades qui conservent une excellente attention ; or, parmi ceux-ci, deux d'entre eux (51 et 53), présentent des épreuves d'élaboration très inégales.

Les résultats obtenus par les tests d'élaboration chez les *maniaques* et les *mélancoliques* concordent, en général, avec les résultats du test d'attention ; dans l'ensemble, les fonctions intellectuelles sont supérieures aux fonctions mnésiques, mais d'une manière moins nette que dans les groupes cités ci-dessus.

Enfin, il faut citer à part la catégorie des *déments précoces.*

Dans le groupe 1 (cf. : deuxième partie de ce travail) il existe une atteinte privilégiée des fonctions mnésiques, mais cette atteinte se présente, dans ce groupe, assez différemment ; notamment : meilleures épreuves d'évocation et déficience particulière de la reconnaissance (1).

Quant à l'intelligence, elle est toujours supérieure à la mémoire. On ne peut rien conclure de bien net de la corrélation entre les tests de mémoire et d'attention ; il faut cependant remarquer que s'il arrive, dans ce groupe de déments précoces, que les deux catégories d'épreuves soient inégalement atteintes, la supériorité se marque généralement en faveur de l'attention. On peut, à propos de la démence précoce, parler de troubles plus ou moins graves de la mémoire, mais on peut plus rarement parler de troubles n'atteignant qu'elle. (Citons cependant les obs. 81, 82, 84, 91, se rapportant toutes à des schizophrènes ayant spécialement présenté des troubles du caractère et des manifestations asociales, et dont les fonctions intellectuelles paraissent intactes).

En ce sens, on peut rapprocher bon nombre de courbes mentales de déments précoces, des courbes mentales observées dans certaines psychoses d'origine toxi-infectieuse (alcoolisme chronique, certaines intoxications par l'oxyde de carbone), et de certains cas de psychose hallucinatoire chronique.

(1) Les résultats que nous avons obtenus dans l'examen des déments précoces seraient donc en contradiction avec les recherches de Busch, notamment, qui estime que, dans la démence précoce, on observe une intégrité relative de la mémoire, mais de gros troubles des fonctions intellectuelles. Cf. : *Die auffassungs und merkfähigkeit bei Dementia Praecox.* (*Psychol. Arbeit* Bd. V, 43).

*
**

Nous pouvons nous demander si l'intelligence ne joue pas un rôle plus marqué dans l'une quelconque des formes de mémoire, prise isolément. On a déjà entrevu, dans le chapitre précédent, que le test de mémoire associative paraît souvent étroitement lié à l'intelligence. Le test d'évocation peut aussi dépendre, dans une bonne mesure, de l'intégrité des fonctions intellectuelles. On conçoit très bien que des sujets atteignant un niveau mental plus élevé, ayant conservé à leur disposition la capacité d'établir des relations, des points de repère entre leurs souvenirs, aient plus de chances d'évoquer, en temps voulu, les souvenirs dont on suppose la persistance.

Enfin, à propos de la fixation même, certains auteurs, Foucault (1) notamment, ont fait remarquer que l'intelligence joue un rôle certain, par la valeur fixatrice des représentations auxiliaires qui se présentent en plus grand nombre, d'une manière plus rapide et plus adéquate, à l'esprit des sujets intelligents. D'autre part, « la valeur fixatrice des jugements étant plus « grande que celle des simples images ou idées » (2), on saisit qu'une condition préalable d'une bonne mémoire puisse être la possibilité de former de tels jugements. « La fixation, conclut-il « de ses recherches, n'est pas l'œuvre simple d'une faculté de « retenir, d'une « retentiveness », selon le terme que les « psychologues anglais ont employé pendant longtemps... Elle « est une opération complexe et variable dans laquelle l'esprit « humain développe des richesses infinies (3). »

Nous présentons ici cette opinion d'une manière tout à fait générale pour deux raisons : d'abord, parce que l'essentiel de la puissance fixatrice entrevue par Foucault paraît résider pour lui dans la possibilité de former des associations et, à ce titre, nous retrouverons cette question au paragraphe suivant.

Ensuite, si nous nous reportons à la signification précise qu'a prise pour nous l'épreuve dite de fixation, nous savons qu'il ne faut envisager, dans cette épreuve, qu'une sorte de persistance sensorielle et que la fixation des souvenirs proprement dite, qu'envisage Foucault, ne pourrait, en aucun sens, être révélée par elle. Plutôt faudrait-il en rechercher les traces à l'aide du test d'évocation. Un doute subsiste d'ailleurs sur la part reve-

(1) Foucault. — Sur la fixation des images (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1924, p. 530).
(2) *Id.*, p. 531.
(3) *Id.*, p. 653.

nant à la véritable fixation des souvenirs et à la possibilité du mécanisme d'évocation (voir plus haut, 2e partie, ainsi que la conclusion de ce travail).

Il faut insister sur ces distinctions, car, de les avoir négligées, explique peut-être en partie les grandes divergences qui sont apparues entre les différents psychologues qui se sont occupés des rapports de la mémoire et de l'intelligence. Citons Ebbinghaus (1), qui n'admet que peu de relations entre la mémoire et l'intelligence, Galton, Bolton, Kirkpatrick, Bourdon, qui, par l'emploi de tests de mémoire et de tests d'intelligence, trouvent quelques relations entre la mémoire et les fonctions intellectuelles. Binet (2), après avoir lié les deux facteurs, en vint à penser qu'il n'y a que peu de rapport entre les fonctions mnésiques et le jugement. Ensuite, en Amérique et en Angleterre, on peut relever les résultats, assez contradictoires, donnés par la méthode des corrélations. Les résultats obtenus par Miss Lée (3) sont intéressants en ce qu'elle trouve des corrélations, assez basses, mais nettes, entre les épreuves de mémoire et d'intelligence, ce qui lui indique une relation possible entre retentivité et intelligence, et qu'elle remarque, d'autre part, que les corrélations entre intelligence et recognition sont plus basses qu'entre intelligence et évocation.

Nous pouvons encore retenir les récentes recherches de Bolton (4), qui a établi une beaucoup plus nette distinction entre les différentes fonctions mnésiques et a conclu que la corrélation est très basse entre les tests d'intelligence et la pure retentivité, mais très haute entre les tests d'intelligence et les tests de mémoire logique. « Il peut y avoir certaines fonctions de la mémoire qui « sont largement indépendantes de l'intelligence. Les tests qui « mesurent la pure retentivité ne sont que peu en rapport avec « les tests d'intelligence (5). »

*
**

En nous tenant à la méthode suivie dans ce travail, nous avons à nous demander si nous constatons une déficience paral-

(1) Ebbinghaus. — Ueber dass Gedächtniss, 1885.

(2) Binet. — La mémoire des mots. La mémoire des phrases (*Année psychologique*, 1894), et *L'étude expérimentale de l'intelligence*, 1903.

(3) Lee. — An experimental study of Retentiveness and its Relations to Intelligence (*Psychological monograph.*, 1924, 4. n° 157).

(4) Bolton. — The relation of Memory to Intelligence (*Journal of experimental psychology*, 1931, n° 1, p. 37).

(5) *Id.*, p. 65.

lèle des tests d'élaboration et des tests de fixation (persistances sensorielles) et d'évocation.

Disons tout de suite que ces examens ont été assez décevants, étant donnée la difficulté de tirer une conclusion nette et exacte des résultats obtenus. Nous pouvons, à l'exemple de ce que nous avons fait dans les paragraphes précédents, baser cette recherche, soit sur l'aspect général des épreuves dans chaque catégorie, soit sur l'examen de certains cas isolés.

D'une manière générale, l'examen de la plupart des groupes de sujets plaide en faveur d'une très nette dissociation de ces facteurs. La mémoire de fixation, chez les paralytiques généraux, est gravement atteinte dans le groupe 1, malgré l'intégrité des fonctions intellectuelles ; dans le groupe 3, au contraire, la mémoire de fixation se conserve mieux que les fonctions intellectuelles, ce qui tendrait à prouver l'indépendance de ce test, par rapport aux capacités intellectuelles. L'inverse se produit à propos du test d'évocation. Dans les deux derniers groupes, il arrive que cette évocation soit nulle, inférieure, par conséquent, aux fonctions intellectuelles.

Dans les démences séniles du groupe 1, l'évocation est d'un niveau inférieur aux épreuves d'élaboration et, dans le groupe 2, elle reste inférieure aux fonctions intellectuelles.

Dans le groupe 3, la fixation est, au contraire, supérieure aux fonctions intellectuelles.

Il semble donc que, dans les cas graves des deux groupes de psychoses organiques, la persistance sensorielle soit meilleure, ce qui se comprend, car il s'agit de la reproduction immédiate et l'intelligence ne joue sans doute ici aucun rôle. L'évocation se présente autrement : elle est nulle dans le dernier groupe de malades (gr. 3), quel que soit le degré atteint par les épreuves d'élaboration.

L'alcoolisme chronique, la *psychose de Korsakoff,* la *psychose hallucinatoire chronique,* nous révèlent des discordances ; ici encore, nous trouvons que la mémoire de fixation peut être extrêmement faible, quel que soit le degré d'intelligence conservé. Quant à la mémoire d'évocation, elle présente des divergences moindres, mais, dans de nombreux cas, on constate encore son infériorité par rapport aux fonctions intellectuelles. Même indépendance en ce qui concerne les *tumeurs cérébrales* et les *amnésies essentielles.*

On ne constate plus tant, dans ces deux cas, la faiblesse du test de fixation, comme dans les psychoses alcooliques et les psychoses hallucinatoires, mais la déficience profonde de l'épreuve

d'évocation : elle se montre gravement atteinte avec une intelligence souvent intacte.

Enfin, dans les deux groupes de démence précoce, nous trouvons toute une série de malades chez lesquels la fixation paraît d'emblée très faible, tandis que l'évocation se maintient mieux : chez ces malades, on peut constater un certain parallélisme entre les épreuves d'évocation et d'élaboration. Chez les malades du groupe 2 l'évocation peut surpasser les fonctions intellectuelles.

Enfin l'examen des *débiles* et des *imbéciles* nous donne des résultats plus intéressants : il nous montre, assez nettement, une courbe d'évolution inverse des mémoires de fixation et d'évocation par rapport au niveau intellectuel.

La fixation accusant un déficit par rapport aux fonctions intellectuelles dans le groupe 2, devient sensiblement égale à celles-ci dans le groupe 1; le test d'évocation, au contraire, est, dans les cas de débilité mentale légère, équivalent aux tests d'élaboration. Ce sont ces exemples qui montrent le mieux qu'il y a plus de parallélisme entre l'évocation et l'intelligence, qu'entre celle-ci et la simple persistance sensorielle ; ce qui se comprend aisément. Mais si nous envisageons les cas d'imbécillité, nous nous trouvons, au contraire, en présence de ce fait que le test d'évocation est généralement très supérieur aux tests de fixation et d'élaboration (voir plus haut les graphiques 3 et 7). En laissant apparaître ainsi, d'une façon frappante, toute la complexité de ce problème, cette supériorité nous montre à quel point les mécanismes de fixation proprement dite (maturation des souvenirs) et de reproduction, peuvent être indépendants à la fois, de toute persistance sensorielle (processus différents d'évolution d'une sensation et d'évolution d'un souvenir) et des mécanismes intellectuels.

C'est donc une divergence tout à fait inverse de celle qu'on observe, par exemple, dans certains cas de tumeurs cérébrales, dans lesquels une atteinte tout à fait privilégiée de la mémoire d'évocation semble souvent hors de proportion avec le déficit intellectuel (obs. 114), quand elle n'en est pas complètement indépendante (obs. 113).

Nous pouvons, tout au moins, dégager certaines conclusions de ces faits :

1) D'abord, des cas isolés de persistance, ou, au contraire, de déficience de l'une ou l'autre forme de mémoire, sans rapport avec le niveau des fonctions intellectuelles, tendent à démontrer

l'indépendance de la désintégration ou de l'évolution de ces fonctions, dans des cas psycho-pathologiques ;

2) Ensuite, on ne peut négliger le fait que les courbes mentales de la dissolution ou de l'évolution de la mémoire et de l'intelligence, sont souvent inverses l'une de l'autre.

Dans certains cas, nous assistons, à un moment donné, à une inversion du rapport de ces fonctions : en passant, par exemple, au deuxième et au troisième groupe de la démence sénile, ou dans les cas très graves de la démence précoce. On pourrait peut-être proposer, à titre d'hypothèse, de considérer que le moment où cette inversion se constate, marque le passage des malades à un état pathologique plus grave, et même démentiel.

La mémoire d'association n'est pas sans présenter elle-même d'assez curieuses divergences avec les fonctions intellectuelles, bien que la note dominante soit le parallélisme d'évolution et de dissolution de ces capacités (voir chapitre II, § 3).

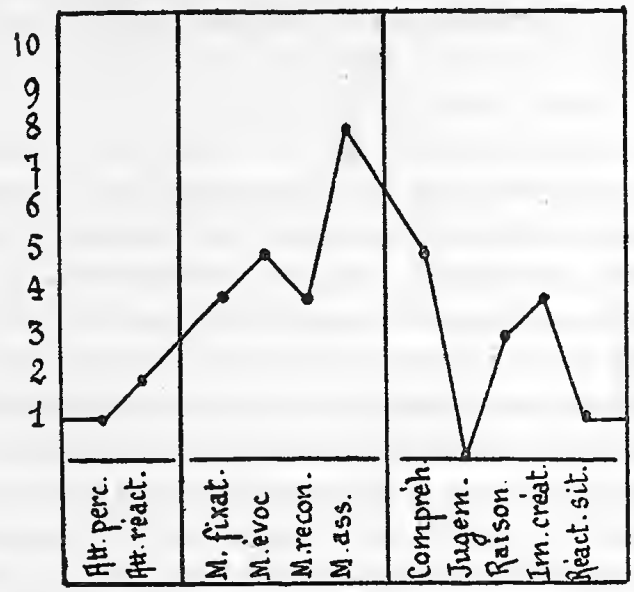
En effet, dans des cas très nets de troubles mnésiques, elle conserve une grosse supériorité sur les autres tests de mémoire et elle est parallèle aux épreuves d'ordre intellectuel : groupe 1 des paralytiques généraux, par exemple. Dans les autres groupes, le rapport se présente ainsi : dans certains cas du groupe 2, elle est supérieure aux fonctions intellectuelles, et, dans le groupe 3, on constate sa supériorité dans deux cas (obs. 7 et 8). Il arrive donc que finalement le test de mémoire associative soit supérieur à tout autre, mais dans deux autres cas (obs. 10 et 15), il est inférieur.

Dans les groupes de troubles psychiques affectant spécialement la mémoire : groupe 1 des *alcooliques chroniques, psychose de Korsakoff, intoxications par l'oxyde de carbone,* groupe 1 des *psychoses hallucinatoires,* groupe 1 des *démences précoces, tumeurs cérébrales, amnésies,* nous retrouvons un parallélisme entre la supériorité de la mémoire associative et des fonctions intellectuelles.

Ce fait montre certainement le rôle joué par l'intelligence dans l'appréhension des associations et la constitution même de cette forme de mémoire. Mais, par contre, nous nous trouvons en présence d'un fait tout différent : quand les fonctions intellectuelles faiblissent à leur tour, non tant à la suite d'une intoxication passagère, mais par suite de la régression de tous les processus psychiques, dans la *démence sénile,* par exemple, il

arrive que la mémoire associative reste extrêmement supérieure, à la fois aux tests d'intelligene générale et aux autres tests de mémoire.

Nous trouvons, par exemple, dans le groupe 1 des *démences séniles :* la mémoire associative est toujours supérieure à l'intelligence ; dans le groupe 2, elle est supérieure aux fonctions intellectuelles dans quatre cas sur cinq (différences des indices : 2,3 à 5,2) ; enfin, dans le groupe 3, bien que les résultats soient très irréguliers, nous trouvons encore deux cas de supériorité et elle est même très forte (v. ci-dessus graph. 14).



Graphique 14. Observ. 19

Ceci montre, d'une manière particulièrement nette, le rôle joué par des acquisitions devenues habituelles, conservées automatiquement par la mémoire et qui persistent à la ruine des fonctions intellectuelles et à la disparition de tout effort d'acquisition mnésique.

Ces différents exemples illustrent, d'une part, les études de Michotte et Ransy, sur la mémoire logique (1) ; ils mettent en évidence le fait que la possibilité d'établir des rapports logiques joue un rôle considérable dans la capacité de fixation et d'évocation du souvenir ; mais, d'autre part, ils laissent entrevoir la

(1) Michotte et Ransy. — Contribution à l'étude de la mémoire logique (*Annales de l'Institut supérieur de Philosophie de Louvain*, I, 1912, pp. 3-95). Voir également : Michotte et Portych : Deuxième étude sur la mémoire logique (*Id.*, II, 1913, pp. 535-660).

justesse des remarques de Piéron signalant que de nombreuses associations — bien plus nombreuses qu'il n'est possible de le prévoir, et variant d'un individu à l'autre — sont devenues automatiques, persistent et se reproduisent sans qu'intervienne aucun jugement ni aucun processus logique (1).

Les troubles d'évolution peuvent-ils être mis en rapport avec les troubles de dissolution ?

Dans les cas les plus graves (*imbéciles*), nous trouvons trois cas sur 4 de supériorité nette de la mémoire associative par rapport aux fonctions intellectuelles (différences d'indices : 2,2 4 et 5,8).

Dans le premier goupe de *débiles mentaux,* apparaît une supériorité assez nette de la mémoire associative dans 5 cas sur 9. Enfin, dans la catégorie des débiles légers (groupe 2), on constate, soit l'équivalence de ces épreuves, soit une supériorité légère des fonctions intellectuelles (dans 3 cas sur 6).

Une première conclusion paraît s'imposer : nous sommes forcés d'admettre, dans les cas de troubles d'évolution, que la mémoire associative est une fonction qui peut être plus automatique qu'intellectuelle. Il est possible de faire un pas de plus dans l'examen de cette question en remarquant qu'ici, puisqu'il ne s'agit plus des cas de désintégration d'une intelligence, jadis bonne, mais d'une évolution qui ne s'est pas accomplie normalement, il n'y a pas, à proprement parler, persistance habituelle, automatique, de processus qui furent intelligents. S'il y a une tendance à l'automatisme, elle ne résulte plus d'une régression : elle se présente, au contraire, de façon en quelque sorte spontanée, et paraît bien représenter l'état inférieur de la mémoire.

A quoi est due elle-même cette formation d'automatismes ? Jusqu'à quel point les images jouent-elles, chez les imbéciles, un rôle qui supplée aux défaillances de l'intelligence ? Comment cette forme de mémoire, lorsqu'elle est supérieure à toute autre capacité mnésique (fixation, évocation, reconnaissance) et aux fonctions intellectuelles, comment cette forme de mémoire, disons-nous, peut-elle être privilégiée dans certains troubles d'évolution ? Et enfin, jusqu'à quel point peut-on admettre que l'absence même d'opérations intellectuelles plus compliquées favorise la persistance des automatismes ?

(1) Piéron. — « A propos de Michotte et Ransy : Contribution à l'étude de la mémoire logique (*Année psychologique,* 1913, p. 440).

Telles sont les questions qui ne peuvent être résolues à l'aide des seules méthodes psychologiques dont nous nous sommes servi dans ce travail.

Nous touchons sans doute ici à un domaine sur lequel d'autres méthodes peuvent apporter quelque clarté : l'étude des réflexes conditionnels, par exemple, qui, chaque jour, étend son domaine dans la psychologie et la psychiatrie, sans cesser d'appliquer les méthodes physiologiques d'où elle est née.

Lorsque Foucault conçoit le rôle important joué par les mécanismes associatifs comme « une résistance aux inhibitions pro-« voquées sans cesse par le flux des perceptions », il fait cette hypothèse (invérifiable d'ailleurs) que « si le monde extérieur « cessait d'agir sur moi et si du moi lui-même, il ne sortait pas « une suite ininterrompue d'états psychiques nouveaux, il sem-« ble bien que la perception persisterait indéfiniment, par une « sorte d'inertie mentale » (1).

Il semble qu'on puisse rapprocher cette supposition des constatations expérimentales de Müller et Pilzecker (2), d'après lesquelles la fixation des tendances associatives persiste un certain temps après que la perception s'est évanouie, et n'est détruite elle-même que par de nouvelles associations.

Dans ce cas, peut-on se demander, les esprits les plus lents, les plus inertes, ne présentent-ils pas une tendance naturelle à cet automatisme, dû à la faiblesse ou à la déficience de nouvelles vagues d'inhibition venant effacer les associations précédentes ?

Il faut nous borner, dans ce travail, à noter les faits que l'étude des cas psychopathologiques nous a permis de constater.

Conclusion

Un des premiers faits qui se dégage de ces recherches est la fréquence, et même la généralité des troubles de la mémoire dans les psychopathies. Il n'est sans doute pas de troubles mentaux où n'apparaisse, au premier plan, une atteinte plus ou moins grave de l'une ou l'autre forme de la mémoire.

Il arrive souvent qu'elle soit le seul symptôme d'une déficience des capacités psychiques et que la mémoire soit atteinte, parfois même gravement, alors que toutes les autres fonctions intellectuelles sont intactes : telles sont certaines intoxications

(1) Foucault. — *Article cité*, p. 650.

(2) Müller et Pilzecker. — Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtniss (Zeitzschrift für Psychologie, 1900).

par l'oxyde de carbone, de nombreux cas d'alcoolisme chronique, certains cas de tumeurs cérébrales, les amnésies essentielles... Il arrive aussi que l'atteinte de la mémoire précède toute autre déficience mentale et que, longtemps, les troubles mnésiques apparaissent seuls à l'examen mental du sujet. A cet égard, nous croyons justifiée l'hypothèse d'une forme de paralysie générale consistant uniquement — au point de vue psychique — dans un affaiblissement des fonctions mnésiques.

Dans les schizophrénies, si légers que soient les troubles mentaux présentés par les sujets, l'atteinte de la mémoire est de règle. C'est peut-être justement la fonction qu'un examen superficiel ferait supposer tout à fait intacte : or, les troubles mnésiques apparaissent souvent, alors que les épreuves d'attention et d'intelligence sont encore excellentes.

Il en va tout autrement de la démence sénile. Bien qu'elle paraisse parfois ne présenter, au début, que des amnésies plus ou moins graves, nous croyons que, dès ce moment, l'atteinte des fonctions mentales est globale et qu'attention et intelligence sont déjà aussi — si pas plus — lésées que la mémoire. Enfin, nous pensons que, non seulement dans la période de début, mais même dans toute l'évolution de la maladie, et quel que soit son degré de gravité, la paralysie générale révèle une atteinte élective et progressive des fonctions mnésiques.

L'attention, au contraire, est souvent intacte, alors que la mémoire a fléchi ; et spécialement, l'attention concentrée, réactive, qui requiert un effort intellectuel assez bref, mais intense, manifeste une remarquable dissociation avec les épreuves de mémoire. Nous arrivons à cette conclusion que l'attention et la mémoire sont très souvent dissociées et que les cas de désintégration des fonctions mentales laissent apparaître nettement leur indépendance.

Mais il y a plus : il convient sans doute de les distinguer aussi au point de vue de leur évolution et de leur dissolution. La mémoire progresse peu avec le développement des facultés intellectuelles. Si, d'autre part, elle est plus fragile, plus vite atteinte que l'attention, elle n'est jamais entièrement anéantie dans les cas graves de dissolution psychique de la démence sénile. Il reste toujours un « minimum » de capacités mnésiques qui subsiste à la ruine de l'effort psychique et des acquisitions intellectuelles. Mémoire et attention ont donc des courbes d'évolution et de dissolution très différentes. Nous pouvons rapprocher ce fait de l'étude de ces fonctions chez les enfants et apporter un argument à la thèse que l'attention

progresse énormément avec l'âge, mais que la mémoire s'accroît beaucoup moins.

L'étude des désintégrations mentales nous montre également une grande indépendance de la mémoire et de l'intelligence. Alors que cette dernière n'est gravement atteinte que plus tardivement et reste indemne dans de nombreux cas psychopathologiques, elle peut, par contre, subir une déficience beaucoup plus grave dans les cas de déchéance mentale profonde. L'étude des imbéciles est là pour nous prouver que, dans l'évolution psychologique, les progrès de la mémoire et de l'intelligence sont tout à fait indépendants et que, chez ces malades, la mémoire est isolée de l'intelligence générale. Il ne faut cependant pas négliger le fait que des amnésies congénitales peuvent entraver tout le développement intellectuel d'un sujet.

Il arrive qu'à certains moments de l'évolution d'une maladie mentale, la mémoire, d'abord plus atteinte, soit moins gravement lésée que les fonctions intellectuelles qui s'affaissent de plus en plus. Ceci se produit dans des cas graves de démence organique et l'on peut penser que ce renversement du rapport entrevu entre ces fonctions, marque une aggravation très notable des troubles psychiques et fournit un pronostic défavorable de l'évolution de la maladie. Il apparaît souvent dans la démence sénile et se constate dans quelques cas particulièrement graves de la démence précoce. Nous ne l'avons jamais remarqué dans la paralysie générale.

*
**

Il faut cependant borner la dissociation de la mémoire et de l'intelligence aux formes les plus automatiques de la mémoire. Les épreuves de mémoire associative révèlent le rôle immense que jouent les fonctions intellectuelles dans l'appréhension d'associations qui aident grandement à la fixation des souvenirs. Cependant, toute supériorité de la mémoire associative n'implique pas que l'intelligence soit conservée : un grand nombre d'associations — un nombre impossible à évoluer et variant d'un sujet à l'autre — est devenu automatique. Ces associations constituent, dans l'esprit du sujet, des rapports autrefois spontanément aperçus et intelligemment dirigés, qui sont devenus habituels, stables et ne relèvent plus que de l'automatisme. Ainsi s'explique la grande supériorité des formes de mémoire associative dans la démence sénile, persistant à la ruine complète des fonctions intellectuelles et à l'impuissance de tout effort d'attention.

Plus délicate est l'interprétation de cette mémoire associative dans les cas de troubles d'évolution chez les imbéciles. On ne peut, à ce sujet, que faire des hypothèses sur une tendance naturelle à l'association des impressions, tant que rien ne vient les inhiber ou les détruire.

Enfin, l'intelligence favorise la fixation et l'évocation des souvenirs, par les relations précises, adéquates, qu'elle peut leur offrir. Mais la fixation d'un souvenir, son évocation, sont des phénomènes mnésiques dont les mécanismes restent essentiellement différents. Ils constituent des processus spécifiques auxquels nous ne pouvons rattacher aucune autre fonction mentale.

Cette mémoire d'évocation est, disions-nous, le phénomène mnésique essentiel. Bien plus que la mémoire de fixation, dont la nature est très différente, elle « signale », dans tous les troubles mentaux, le degré exact de formation ou de désintégration de la mémoire. Quand la mémoire seule se développe (imbéciles), elle est l'épreuve la mieux réalisée ; quand la mémoire seule est atteinte, c'est le test d'évocation dont l'exécution est parfois totalement impossible. Le même rôle peut être attribué à l'attention réactive, au point de vue de la capacité d'effort intellectuel d'un sujet : elle en suit assez exactement toutes les variations.

*
**

Nous arrivons aux résultats qui nous semblent les plus importants dans ce travail.

Nous croyons que le trouble de la mémoire d'évocation qui, sans doute, dépend souvent de l' « inertie » psychique d'un sujet, de son incapacité de faire un effort intellectuel, qui est lié à un trouble du « schématisme » mental, peut cependant avoir une origine toute différente et provient de ce que le souvenir n' « existe » pas. Ceci mène à deux conclusions : l'une sur la « maturation » du souvenir, l'autre sur l'effort intellectuel lui-même. Certaines intoxications (oxyde de carbone, par exemple), des amnésies essentielles, l'étude de certains cas de tumeurs cérébrales, nous forcent à admettre que le trouble d'évocation peut se produire avec une gravité singulière, quel que soit l'état psychique du sujet et sa capacité de faire un effort intellectuel intense. Dans ce cas, on peut croire que le souvenir n'existe pas, ou que du moins, l'impression ne s'est pas « fixée » et ne s'est pas transformée en souvenir. Ceci nous amène à mettre en relief le fait de la « maturation » du souvenir bien dégagé des recherches de Piéron, et l'importance du facteur *temps* dans la forma-

tion du souvenir proprement dit. Nous croyons parfaitement justifiée la distinction de l'évolution d'une sensation et de l'évolution d'un souvenir (les dissociations des épreuves de fixation et d'évocation nous en apportent la preuve) et nous admettons qu'un souvenir se forme progressivement, ait une courbe d'évolution et de décroissance. Il « dure ». Dans ce cas, les troubles peuvent affecter cette maturation elle-même.

Mais, dira-t-on, rien ne prouve jamais qu'un souvenir n'existe plus, du fait qu'il ne peut plus être évoqué. A ceci, nous répondrons que nous proposons alors cette distinction de : souvenirs évoqués — souvenirs non évoqués, mais sans doute évocables dans certaines circonstances — et enfin souvenirs qui ne pourront jamais être évoqués..., mais qui existent ! Il n'y a plus qu'une distinction d'un haut intérêt philosophique, mais qui échappe à l'investigation psychologique. Nous ajouterons cependant que l'hypothèse d'un « souvenir pur », immédiatement formé en même temps que la perception et subsistant dans l'esprit toujours immuable, identique à lui-même, constitue une des plus graves difficultés de la psychologie bergsonnienne elle-même, en ce sens qu'il n'y a aucun moyen de la concilier avec la thèse de la « durée » des états de conscience... Mais ce point ne peut être développé ici...

*
**

Au point de vue du mécanisme de l'évocation, nous constatons, d'autre part, qu'on peut rechercher la possibilité de l'effort intellectuel à l'aide de la capacité du sujet à accomplir les épreuves d'attention réactive. Toutefois, cette possibilité d'un effort intellectuel a souvent été prise dans un tout autre sens, et l'on a identifié le schématisme mental avec l' « attention à la vie ». Certains troubles hallucinatoires (l'hallucinose, notamment), certains détachements par rapports à l'ambiance, certaine « perte du contact vital avec la réalité », deviennent, dans diverses théories, des troubles de l' « attention à la vie ». Peut-être... Nous désirons pourtant remarquer que, dans un grand nombre de cas de psychoses hallucinatoires et chez beaucoup de schizophrènes, nous avons constaté des épreuves d'attention réactive exactes, rapides, aisées. L'attention est intacte, le schématisme mental paraît normal. L' « attention à la vie » doit être entendue ici dans un sens tout différent. Elle vise, sans doute, selon les cas, des troubles très divers de la notion du réel, de la personnalité, des fonctions sociales, de la croyance, et on ne peut guère se servir de cette expression dans des sens aussi éloignés de son acception première.

Une remarque analogue peut être faite à propos de la réussite étonnante de cette épreuve d'attention et de la possibilité d'accomplir un grand effort intellectuel chez des malades dont la confusion, la désorientation sont extrêmes, qui se trouvent parfois dans un état d'onirisme typique et dont la fonction du réel subit une atteinte toute particulière... Nous rappelons enfin que certains troubles mentaux dans lesquels la « personnalité » du sujet et sa synthèse mentale sont gravement atteintes, ont laissé apparaître une atteinte très spéciale de la mémoire de reconnaissance : on peut y voir une confirmation des théories qui rapprochent les erreurs de la reconnaissance, des troubles de la personnalité et du sentiment du « moi ».

Nous ne pouvons songer ici à analyser ces troubles dans leur rapport avec la mémoire. Nous pensons que le rôle des souvenirs ne pourrait être sous-estimé, que la mémoire a un rôle essentiel dans la constitution de la notion du réel, qu'elle est à la base de la formation de la personnalité et qu'elle a d'étroits rapports avec les phénomènes de croyance... Nous réservons pour des recherches ultérieures l'étude de leurs relations.

BIBLIOGRAPHIE

BALLARD. — Obliviscence and Reminiscence (*British Journal of psychology*, Monogr. Supplém. I, 2-1913).

BALLET et GENIL-PERRIN. — L'examen clinique du fond mental chez les déments (*Encéphale*, 1914).

BARTLETT. — Remembering : a study in experimental and social psychology (*Cambridge University Press.*, 1932).

BARUK. — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales (*Thèse de Paris*, 1926).

BERGSON. — *Matière et Mémoire*, 1897. L'effort intellectuel (dans : *l'Energie spirituelle*, 1912).

BERNSTEIN. — Ueber einfache Methode zur Untersuchungen der Merkfähigkeit bei Geisteskranken (*Zeitschrift für Psychol.*, Bd. XXXII, 1903).

BINET. — La mémoire des mots. La mémoire des phrases (*Année psychologique*, 1894. Attention et adaptation (*Année psychologique*, t. VI, 1900). *L'étude expérimentale de l'Intelligence*, 1903.

BOLTON. — The relation of memory to Intelligence (*Journal of experimental psychology*, 1931, I).

BOURDON. — Influence de l'âge sur la mémoire immédiate (*Revue philosophique*, 1894, XXXVIII. Observations comparatives sur la reconnaissance, la discrimination et l'association (*Id.*, 1895, XL).

BRAUNHAUSEN. — *Die experimentelle Gedächtnisforschung* (Luxembourg-Belfort, 1911).

BRÉGER. — Ictus amnésique au cours de la paralysie générale (*Thèse de Paris*, 1908).

Busch. — Aufassung und Merkfähigkeit in der Dementia Praecox (*Kraepelins Psychol. Arbeiten*, Bd. V, 3. 1908).

Carr (Wildon). — The problem of recognition. (*Proceed. of Aristotelian Society*, XVII, 1916-17).

Chaslin et Portocalis. — Un cas de syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1908).

Claparède. — Expériences sur la mémoire dans un cas de psychose de Korsakoff (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1907). Recognition et moïté (*Archives de Psychologie*, t. XI, 1911).

Courbon. — Intégrité de la mémoire et démence (*Revue de psychiatrie*, 1912).

Courbon (P.), et Tusques (J.). — Identification délirante et fausse reconnaissance (*Annales médico-psychologiques*, 1932, t. II, 1).

Daniels. — The memory after-image and attention (*American Journal of psychology*, t. VI, 1894).

Delacroix. — Les Souvenirs. (*Traité de psychologie*, publié sous la direction de G. Dumas, t. II).

De Morsier. — Le syndrome préfontal. L'amnésie de fixation (*Encéphale* 1929, 4).

Dromart et Levassort. — *L'amnésie* (Paris, 1907).

Dubois. — Contribution à l'étude des amnésies (*Thèse de Lille*, 1903).

Dugas. — La perte de mémoire et la perte de conscience (*Revue philosophique*, 1899, t. II). — Sur la reconnaissance des souvenirs (*Journal de psychologie, norm. et pathol.* 1904, I). — La définition de la mémoire (*Revue philosophique*, 1907, t. II). — L'oubli et la personnalité (*Revue philosophique*, 1912, t. II). — *La mémoire et l'oubli* (Paris, 1917). — *Les maladies de la mémoire et de l'imagination* (Paris 1932).

Dwelshauvers. — La décomposition de la mémoire (*Revue de philosophie*, 1924, 4).

Ebbinghaus. — Ueber das Gedächtniss, 1885.

Edgell (B.). — *Theories of memory* (Oxford, Clarendon Press., 1924).

Fildes. — Some memory experiments with high-grade defectives (*Bristish Journal of psychology*, XIV, I, 1923).

Finzi. — Zur Untersuchungen der Auffassungsfähigkeit und Merkfäkigkeit. (*Kraepelins Psychol. Arbeiten*, Bd. III, 1901).

Fischler et Ulbert. — Contribution à l'étude des tests de mémoire immédiate (*Archives de Psychologie*, t. XXI, n^{os} 83-84, 1929).

Foucault. — Sur la fixation des images (*Journal de Psychologie norm. et pathol.* 1924).

Giscard. — La forme amnésique de la paralysie générale (*Thèse de Toulouse*, 1930).

Goldstein. — Merkfähigkeit, Gedächtnis und Assoziation (*Zeitschrift f. Psychol.* Bd. XLI).

Gregor. — Beitrag zur Kenntnis der Gedächtnisstörung bei der Korsakoffschen Psychol. (*Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol*, Bd, XXI, 1907). — Beitrag zur Psychopathologie des Gedächtnisses (*Ibid.* Bd. XXV, 1909).

Guillarowsky. — Des troubles de la mémoire dans certaines affections en foyer du cerveau (*Archives de Neurologie*, 1912, t. I).

HOLLINGWORTH. — Characteristic differences between recall and recognition. (*American Journal of psychology,* 1913, XXIV). — *Abnormal psychology* (Colombia University Press., 1931).

KATZAROFF. — Contribution à l'étude de la recognition (*Archives de psychologie,* t. XI, 1911).

KOVARSKY. — La mesure des capacités psychiques chez les enfants et les adultes normaux et anormaux (Paris, Alcan, 1927). — Le profil psychologique de quelques aliénés (*Annales médico-psychologiques,* 1931, I, 3).

KRÆPELINS. PSYCHOL. ARBEITEN *I à VI.*

LEE. — An experimental study to Retentiveness and Its Relations to Intelligence (*Psychological Monograph.,* 1924, 4).

LHERMITTE. — Le lobe frontal (*Encéphale,* 1929, 1, pp. 110 sq.).

MAC-DOUGALL. — *Outline of Abnormal psychology.*

MARCHAND. — Amnésie de fixation et amnésie d'évocation chez les paralytiques généraux (*Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale,* 20 mai 1912).

MEUMANN. — *Oekonomie und Tecknik des Gedächtnisses,* 1908.

MICHOTTE et RANSY. — Contribution à l'étude de la mémoire logique. (*Annales de l'Institut supérieur de Philosophie,* Louvain, 1912, I).

MICHOTTE et PORTYTCH. — Deuxième étude sur la mémoire logique (*Id.* t. II, 1913).

MULHALL. — Experimental studies in Recall and Recognition (*American Journal of psychology,* 1915, 26).

MULLER et PILZECKER. — Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis. (*Zeitschrift f. Psychol.* 1900).

MULLER et SCHUMANN. — Experimentelle Beiträge zur Untersuchung vom Gedächtnis, 1894).

NAYRAC (J.-P.). *Physiologie et Psychologie de l'Attention,* 1906.

NETSCHAJEFF. — *Ueber Memorieren* (Berlin, 1902).

OBERLY. — A comparison of the spans of « attention » and memory. (*American journal of psychology,* XI, 2, 1928).

OFFNER. — *Das Gedächtnis,* 1909.

PICK. — Zur Pathologie des Bekanntheits gefühls (*Neurol. Centr. Bltt.,* 1903, XXII).

PIÉRON — Recherches expérimentales sur les phénomènes de mémoire (*Année psychologique,* 1913). — De la détermination et de l'interprétation de la loi de l'oubli (*Revue philosophique,* 1919). — L'Habitude et la Mémoire (dans : *Traité de psychologie,* publié sous la direction de G. Dumas, t. I). — *L'évolution de la mémoire,* 1910.

PILLSBURY. — *Attention,* 1906.

POTEL. — De l'amnésie continue associée aux polynévrites (*Thèse de Paris,* 1902).

RANSCHBURG. — Die Ergebnisse der Experimentelle Psychopathologie des Gedächtnisses (*IV Kongress für experimentelle psychologie,* Innsbruck, 1910). — *Das Kranke Gedächtnis,* 1911. — Experimentelle Beiträge zur Lehre von Gedächtnis, Urteil und Schussfolgerung an Gesunden und Kranken (*Arch. f. d. gesamte Psychol.,* Bd. 77, H. 3-4, 1930)

RENDA — *L'Oblio* (Turin, 1909).

REVAULT D'ALLONES. — *Recherches sur l'attention* (*Revue philosophique,* nos 3-4 et 5-6, 1911).

RIBOT. — *Les maladies de la mémoire,* 1885.

ROSSOLIMO. — Die Psychologische Profile (*Klinik für Psychische und Nervöse Krankheiten,* VI, Band, 1911 ; VII, Band, 1912 ; VIII, Band, 1913).

RÜDIN. — Aufassungs und Merkfähigkeit unter Alkoholwirkung (*Kræpelins Psych. Arbeiten,* Bd., IV, 1907).

SCHNEIDER. — Ueber Auffassungs und Merkfähigkeit bei Alterblödsinn. (*Kræpelins Psych. Arbeiten,* Bd. III, 1901).

SCHORN (M.). — Experimentelle Untersuchungen über den Uebergang von unmittelbaren zùm dauerdem Behalten (*Arch. f. gesamte Psychol.* XVIII, 2-4, 1922).

SIERRA (A.). — Estudio experimental acerco de los typos mnesicos en psiquiatria (*Rev. de Criminol., Psiquiatria y med. leg.,* IX, 51, 1922).

SMITH. — *The relation of attention to memory* (Mind. IV, 1895).

SOLLIER. — *Les troubles de la mémoire,* 1892. — *Le problème de la mémoire,* 1900.

STERN (W.). Personalistik der Erinnerung (*Zeitschr. f. Psychol.,* CXVIII, 1930.

STÖRRING. — Vorlesungen über Psychopathologie, 1900. — Ueber den ersten reinen Fall eines Menschen mit völligem isolierten Verlust der Merkfähigkeit (*Arch. f. die gesamte Psychol.,* LXXXI, 3, 1931).

STRONG. — The nature of recognition memory and of the localisations of recognitions (*Americ. journal of psychology,* 1916, XXVII).

TALOT. — Une forme amnésique pure de syphilis cérébrale (*Thèse de Paris,* 1923).

VASCHIDE et MEUNIER. — *La pathologie de l'attention* (Paris Bloud et Gay, 1908).

VERMEYLEN. — *Les débiles mentaux* (étude expérimentale et clinique), 2e édit., Bruxelles. Lamertin, 1929). — *Examen psychographique de l'intelligence* (Bruxelles. Lamertin). — Le déficit mental au cours des tumeurs cérébrales (*Journal de Neurol. et de Psychiatrie,* 1927, n° 9). — L'état mental au cours des tumeurs cérébrales (*Le Scalpel,* 1927, n° 53 *bis*).

WEBER. — Ueber isolierte schwere Gedächtnisstörung (*Allgem. Zeitschrift. f. Psychiatrie,* Bd. LVIII, 1901).

WELLS et MARTIN. — A method of memory examination adapted to Psychotic cases (*American Journal of Psychiatry,* vol. 3, 1923).

WOLFKEHL. — Auffassungs und Merkstörungen bei manischen Kranken (*Kræpelins Psychol. Arbeiten,* Bd. V, 1906).

ZIEHEN. — *Das Gedächtniss* (1908).

L'EXAMEN DU FOND MENTAL DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX PAR LA MÉTHODE DES TESTS

PAR

H. CLAUDE et P. MASQUIN

Avant l'emploi des traitements actuels de la paralysie générale, malariathérapie, stovarsothérapie, les rémissions étant exceptionnelles, certains problèmes n'étaient jamais posés au clinicien. Tout au plus, la sortie se discutait-elle parfois dans des cas de paralysie générale à évolution particulièrement lente et à forme démentielle simple ; mais jamais d'autres questions, telle la reprise des occupations antérieures, par exemple, avec les conséquences médico-légales qu'elle peut éventuellement entraîner, n'étaient effleurées (levée d'interdiction, etc.).

Aujourd'hui, par contre, vu le nombre des rémissions observées, nombreuses sont les décisions de cet ordre et l'on comprend que, devant leur importance, le médecin ait cherché à s'entourer d'un maximum de garanties. C'est ainsi que certains n'ont plus voulu se contenter d'un examen clinique même rigoureux ; mais y ont adjoint différentes épreuves qui leur permettaient d'apprécier plus exactement l'état mental de leurs malades. Il est en effet indispensable, au moment de la sortie, de connaître l'étendue et la nature de l'amélioration constatée. Est-ce un véritable retour à l'état antérieur que la thérapeutique a permis d'obtenir, ou le changement constaté, n'est-il dû qu'à la récupération de simples automatismes qui, bien que compatibles aux petits emplois secondaires ou aux actes stéréotypés du machinisme moderne qui supprime chez l'ouvrier toute initiative, fait cependant de ces malades des déchets sociaux incapables de changer d'emplois ou de s'élever dans la hiérarchie du travail.

Or, l'examen clinique simple fait trop souvent appel à ces

automatismes pour pouvoir résoudre ces questions et le malade risque de paraître plus amélioré qu'il ne l'est en réalité.

C'est peut-être une des raisons qui pourraient expliquer les divergences d'opinion et les écarts parfois marqués que présentent entre elles les statistiques. A côté des auteurs qui émettent, à l'égard des traitements modernes, des avis particulièrement favorables, il en est d'autres dont les conclusions sont autrement pessimistes. C'est ainsi que M. Simon, par exemple, a pu écrire : « La malariathérapie laisse le paralyti-
« que général inférieur à ce qu'il était avant son encéphalite,
« il ne demeure souvent capable que de tâches plus simples,
« mais elle lui rend de la souplesse, elle libère des activités
« intellectuelles engourdies, elle atténue ou même supprime le
« péril des à-coups, et par suite laisse le paralytique général,
« serait-ce à l'asile même, plus influençable et plus facile à
« diriger, un peu comme serait un débile mental et sans beau-
« coup plus d'imprévu (1). »

Nous trouvons cette opinion par trop péjorative. A vrai dire, M. Simon a basé ses recherches sur des cas trop récemment traités (3 mois au maximum). Il a par ailleurs utilisé, pour examiner des paralytiques généraux adultes, son échelle de tests en réalité destinée à des enfants, ce qui n'est pas sans inconvénients comme le faisait remarquer l'un de nous (H. Claude) au cours de la discussion. Du moins son travail a-t-il le grand avantage de montrer la nécessité de l'emploi de tests dans l'examen mental des paralytiques généraux. Outre son caractère de rigueur, cette méthode, en effet, rend encore possible la comparaison de plusieurs examens entre eux, elle supprime enfin les commentaires personnels qu'ajoute, même malgré lui, l'observateur, au cours d'un examen banal et qui risquent de le dénaturer. Puisque nous reconnaissons l'utilité des tests dans l'évaluation du bilan de récupération psychique après traitement, pourquoi ne tiendrions-nous pas pour nécessaire d'établir sur ces mêmes bases un bilan de déficit, dès l'entrée du malade ? Dès lors, par une simple superposition des deux examens, ne serait-on pas à même de juger très facilement de l'évolution de son état mental, problème si délicat ?

S'il est en effet toujours facile de se rendre compte des transformations d'une formule liquidienne énoncée par des courbes et des chiffres rigoureusement comparables point par point, voire même de juger d'une amélioration physique (diminution

(1) *Société Médico-Psychologique*, séance du 30 juin 1930.

du tremblement, de la dysarthrie, augmentation de poids, etc.) bien autrement compliquée est l'appréciation des modifications psychiques dans la paralysie générale à cause de l'intrication des phénomènes qui concourent ici à la production de cet affaiblissement intellectuel dont la nature a été si souvent discutée.

Tous les auteurs d'ailleurs paraissent être d'accord sur ce point, que l'affaiblissement intellectuel avant toute thérapeutique est souvent moins profond qu'on ne le croirait. Relevant dans ces cas d'une inhibition fonctionnelle plus que d'une destruction organique, il paraît alors présenter un tableau de confusion, plus que de démence.

Après le traitement, par contre, à la faveur des automatismes retrouvés, le paralytique général peut paraître plus amélioré qu'il ne l'est en réalité et c'est pourquoi certains renseignements souvent notés pour résumer un état à l'entrée, tels que dysmnésie, désorientation, nous paraissent des indications trop sommaires, car ce sont des symptômes qui disparaissent dans la plupart des cas traités et souvent, dès les derniers accès thermiques.

Si l'on veut par conséquent avoir une idée exacte de l'état mental d'un paralytique général ; si l'on veut se rendre compte de la forme des troubles qu'il présente dans ses mécanismes psychiques, confusion ou démence ; si l'on veut surtout pouvoir suivre ses modifications sous l'influence d'une thérapeutique, nous devons avoir recours à des examens non seulement très rigoureux et très précis, mettant en jeu les différents facteurs de l'activité mentale, mais encore superposables d'un moment à l'autre.

Depuis longtemps d'ailleurs, cette nécessité était apparue à différents auteurs. Izac, dans sa thèse (1), emploie des tests pour examiner le fond mental de ses paralytiques généraux ; Vermeylen (2), en 1931, signale les résultats qu'il a obtenus ; M. Simon a longuement exposé à cette même Société les conclusions auxquelles il était arrivé par l'emploi de sa méthode, avant et après traitement. Si nous n'avons pas cru devoir adopter la même technique, alors que de pareils besoins nous étaient apparus, c'est que le caractère même de ces tests et le but qu'ils visent nous paraissent les rendre incompatibles à l'adulte.

Ce sont ces réserves qu'a voulu exprimer l'un de nous

(1) Izac. — Pyrothérapie de la Paralysie générale. *Thèse Lyon*, 1930.

(2) Vermeylen. — La mesure de l'intelligence des paralytiques généraux avant et après la malarisation. *Congrès des Aliénistes et Neurol.*, Bordeaux, avril 1931.

(H. Claude) : « J'aurai l'occasion plus tard de revenir sur l'utilisation des tests dans l'examen psychique des paralytiques généraux, car depuis quelques mois je poursuis des investigations de l'ordre de celles que nous a rapportées M. Simon et j'ai l'impression que les tests proposés par notre collègue pour l'étude de l'état psychique des enfants ne s'adaptent pas à l'examen des adultes avec la rigueur suffisante pour se former une opinion sur l'état intellectuel des adultes.

« Il y a chez l'adulte, même malade, une somme d'acquisitions antérieures que ne présente pas l'enfant aux différents âges et des habitudes de réflexion qu'il ne présente pas davantage. »

La méthode Binet-Simon cherche d'ailleurs avant tout à fixer chez l'enfant, par l'emploi d'échelles d'acquisition, le point où il en est de son développement psychique ; mais chez l'adulte, il ne peut plus être question d'acquisitions ni de développement, pas plus d'ailleurs que de régression globale ramenant intellectuellement le malade à un fond mental de 12, 8 ou 6 ans. Il s'agit au contraire d'une désagrégation psychique qui altérerait plus volontiers telle ou telle fonction tout en laissant intactes, même dans un état de démence avancée, un certain nombre de notions acquises à un âge quelquefois avancé du développement psychique.

Nous avons remarqué que dans les états d'affaiblissement intellectuel et notamment chez les paralytiques généraux, tandis que certaines épreuves du niveau de 9 ans sont exécutées convenablement, d'autres répondant à un niveau inférieur ne le sont pas. Cela tient, pensons-nous, du fait que certaines de ces épreuves font appel à des blocs idéiques qui une fois acquis ne joueront plus désormais que par automatisme sans nécessiter l'intervention d'un effort quelconque, d'attention, de mémoire, ou de raisonnement. Un malade rendra plus facilement sur 1 franc (9 ans) qu'il ne donnera la date exacte (8 ans). Les pièces de notre monnaie seront plus souvent reconnues (9 ans) qu'un losange copié (6 ans) ou que trois commissions exécutées (7 ans). A ces constatations d'ordre théorique s'ajoutent d'autres difficultés d'ordre pratique. Alors que chez l'enfant normal, au moins jusqu'à un certain âge, le développement psychique reste comparable d'un sujet à l'autre, quelle que soit la classe sociale à laquelle on s'adresse, chez l'adulte au contraire on observe des différences très profondes entre individus. Pour atténuer cet inconvénient dans la mesure du possible, on devra donc employer des tests ne comportant qu'un minimum de notions scolaires et éliminant surtout toutes les connaissances professionnelles. Il

va de soi, par exemple, que des tests qui porteraient des opérations de calcul mental, pourraient donner de bons résultats chez un vendeur qui, bien qu'affaibli, les exécuterait encore de manière toute automatique, alors qu'ils risqueraient de donner l'illusion d'un déficit important chez certains intellectuels, qui, pour les résoudre, devraient faire appel à des qualités d'attention, de raisonnement...

Nous avons donc essayé, pour dresser notre bilan de déficit, de nous adresser successivement à différentes facultés intellectuelles : attention, mémoire, jugement, raisonnement, imagination, etc... La plupart des épreuves que nous employons ne nous sont pas personnelles. Nous avons préféré adopter, parmi celles qui ont donné à leurs auteurs d'excellents résultats, celles qui nous paraissaient convenir particulièrement à l'étude du fond mental des paralytiques généraux. Nous ne nous dissimulons pas l'arbitraire de notre technique. Il paraît difficile en effet de chercher à séparer des facultés dont la solidarité fonctionnelle est nécessaire au bon fonctionnement intellectuel et de prétendre vouloir n'examiner qu'une seule d'entre elles alors que son jeu ne peut s'effectuer sans le concours des autres. C'est ainsi que notre 2e épreuve, empruntée à Rogues de Fursac, et qui consiste à barrer un A sur deux, demande de l'attention et de la mémoire. Dans la 3e épreuve des labyrinthes, empruntée à Proteus, apparaît la nécessité de la mise en jeu d'attention et de fonction du raisonnement, les épreuves de mémoire demandent forcément de l'attention... Nous avons donc groupé nos différents examens en envisageant seulement la faculté à laquelle ils apparaissent avant tout faire appel.

Dans le choix de nos tests, nous a encore guidé le souci de n'employer que des épreuves impersonnelles dans lesquelles l'influence de l'observateur ne pourrait se glisser qu'au minimum.

Il était d'autre part indispensable de pouvoir comparer ces examens à des mois et à des années de distance, d'où la nécessité de standardiser ces épreuves.

L'organisation même de notre service dans lequel les médecins se succèdent d'année en année, exigeait ces qualités.

Les questions de durée totale de l'examen et de fatigue de l'examiné venaient enfin et nous ont obligé d'éliminer certains problèmes par ailleurs très intéressants, telles la critique d'images absurdes.

Nous avons enfin écarté la plupart des tests trop faciles et que la pratique montre exécutés, dans la grande majorité des cas,

même par des paralytiques généraux avancés pour les remplacer par des épreuves plus délicates. En effet, quand, dans la pratique privée, on veut dépister les défaillances psychiques chez un paralytique général au début, d'une condition sociale élevée, il est impossible de se contenter des épreuves vraiment trop faciles de la méthode Binet-Simon, il est nécessaire de recourir à des moyens d'investigation plus délicats qui serviront d'éléments de mesure, d'arguments en vue des mesures à prendre. Si la thérapeutique a donné d'autre part des résultats intéressants permettant de conclure à une récupération complète, ces tests apporteront eux aussi des indications autorisant certaines réserves ou confirmant les conclusions optimistes.

Nous sommes ainsi arrivés à standardiser toute une série d'épreuves non hiérarchisées mais simplement juxtaposées, d'un maniement commode et que tout individu, même de classe sociale inférieure, peut effectuer. Ces tableaux sont si facilement superposables d'un examen à l'autre, même à des mois de distance, que la notation, très arbitraire d'ailleurs que nous avions tout d'abord envisagée pour chaque épreuve, s'est révélée inutile à l'usage. Nous nous contentons maintenant de noter la durée que met le malade à effectuer chacune d'entre elles, nous notons soigneusement ses réponses, ce qui est surtout utile dans nos épreuves d'imagination, d'observation et d'analyse, puisque c'est non seulement dans un but d'examen, mais encore de comparaison, que nous utilisons ces tableaux.

Il nous reste à donner quelques explications supplémentaires sur les épreuves envisagées et leur groupement en ce tableau que nous vous présentons.

Parmi les épreuves destinées au jeu de l'attention, la meilleure nous a paru être l'épreuve des lettres barrées. Avant de faire barrer au malade un A sur deux, comme le propose M. Rogues de Fursac, nous lui demandons d'abord d'effacer tous les E d'un texte, épreuve qui risque moins de le rebuter dès le premier contact parce que plus facile.

Nos textes sont rédigés de façon à ce que le malade ne disperse pas son attention sur le sens de la phrase, ce qui entraîne des dérivations perpétuelles chez les paralytiques généraux logorrhéiques. Ici, ils paraissent d'abord surpris puis se mettent au travail, tout au plus, disent-ils quelquefois : « Tiens ! c'est de l'espagnol ! » Nous soumettons aussitôt ensuite le malade à l'épreuve du labyrinthe empruntée à Porteus bien qu'elle puisse être regardée comme une épreuve de jugement. Mais nous avons remarqué que tandis qu'au début de l'examen, le sujet s'y prête

très volontiers, cette épreuve l'amusant même parfois, plus tard la fatigue survenant, elle le rebute et il est souvent difficile de l'obtenir. Or, elle s'est montrée très instructive, surtout chez les malades qui paraissent améliorés et qui souvent s'y perdent. Nous tenons donc à y soumettre nos malades et c'est la seule raison qui nous la fait placer là. Aux épreuves de mémoire empruntées à l'échelle de Binet-Simon et à Toulouse-Weinberg nous avons ajouté une épreuve de mémoire volontaire. Ces vers faits d'une énumération de mots très variés, nous ont paru commodes pour juger de la richesse de fixation. On reconnaîtra, dans les épreuves de jugement et de raisonnement, les phrases absurdes et les phrases en désordre de Binet-Simon et de Schuler-Claparède, ainsi que le problème des œufs assez simple pour être résolu sans qu'il nécessite de grosses acquisitions scolaires.

Dans les épreuves suivantes, nous avons cherché à mettre en valeur le déficit idéique du sujet et ses qualités d'analyse.

Parmi les nombreux tests d'affectivité et d'activité pragmatique proposés par différents auteurs, nous n'en avons choisi aucun. Nous ne pouvions allonger démesurément cette liste d'épreuves déjà longue (notre examen demande environ 40 minutes pour les sujets auxquels nous nous adressons). Nous nous appuyons pour établir ces données sur l'examen clinique banal qui met en valeur le ton affectif et tous les caractères des délires surajoutés au déficit mental. Les renseignements de la famille enfin et l'utilisation du malade en rémission dans les différents travaux de ménage à l'intérieur du service, nous paraissent donner des indications suffisantes pour juger la marge entre le point où son activité était tombée et le niveau auquel elle est revenue.

EXAMEN DU FOND MENTAL
DES PARALYTIQUES GENERAUX

Nom :
Date de l'examen :
Résumé de l'observation clinique :

RESULTATS

ATTENTION : *a*) Epreuve des E barrés
b) Epreuve des A barrés
c) Epreuve des labyrinthes

Mémoire :	*a*) Mémoire auditive des chiffres	
	b) Epreuve des images	
	c) Epreuve des 3 ordres	
	d) Mémoire volontaire	
Jugement et Raisonnement :	*a*) Phrases absurdes	
	b) Phrases en désordre	
	c) Problèmes des œufs	
Imagination :	*a*) Narration	
	b) Construction d'une phrase	
Observation :	*a*) Description d'un objet usuel	
	b) Différence entre	

DUREE TOTALE DE L'EXAMEN

Examinateur :

I. — EPREUVES D'ATTENTION

I. — Epreuves des E et des A barrés

a) *Rayer tous les E du texte suivant* (20 E) :

OS POR TADORS DEPNEUM OPATHIAS DUVIM SER TSMIUCADOS SOBUM A PACIA BENED ICTINA OS ANTUCIDTOS HERED ITARIASE PESSOAS TODOS OS SIGNA ISES SYMPT OMAS PORMAIS INSIG NIFICANTOS QUE PERECEN A PIRCHSSAO IS OSCUTA OS CARACTO ROS RAD IOLOGICOS I MORPHOL OGICOS AS POSQUI SAS NICR OSPICAS O S MET HODES BIOLOG ICAS A ANDASPIA INCOMINHOROS O DIAGN OSTICO DIF FERENCIEL NAO BASTOS OR APONAS MORP HOLOGOS RAD IOLOGO AU PARATA EN NACROPSIAS.

Nombre de fautes :
Durée :

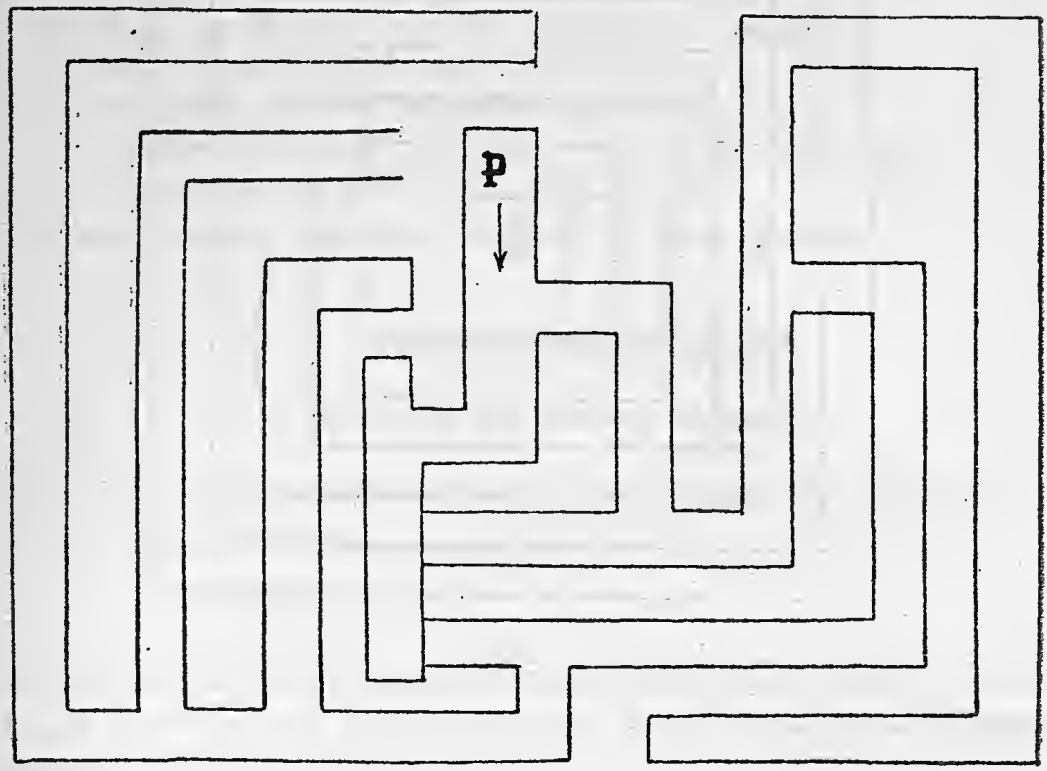
b) *Rayer un A sur deux dans le texte* (40 A) :

OS POR TADORS DEPNEUM OPATHIAS DUVIM SER TSMIUCADOS SOBUM A PACIA BENED ICTINA OS ANTUCIDTOS HERED ITARIASE PESSOAS TODOS OS SIGNA ISES SYMPT OMAS POR MAIS INSIG NIFICANTOS QUE PERECEN A PIRCHSSAO IS OSCUTA OS CARACTO ROS RAD IOLOGICOS I MORPHOL OGICOS AS POSQUI SAS MICR OSPICAS O S MET HODES BIOLOG ICAS A ANDASPIA INCOMI NHOROS O DIAGN OSTICO DIF FERENCIEL NAO BASTOS OR APO NAS MORP HOLOGOS RAD IOLOGO AU PARATA EN NACROPSIAS.

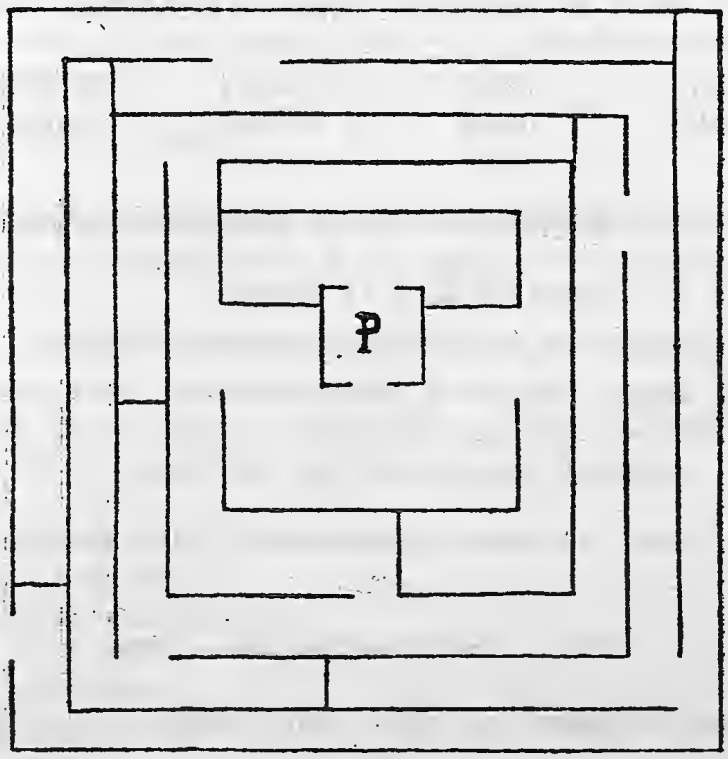
Nombre de fautes :
Durée :

II. — Epreuves des labyrinthes

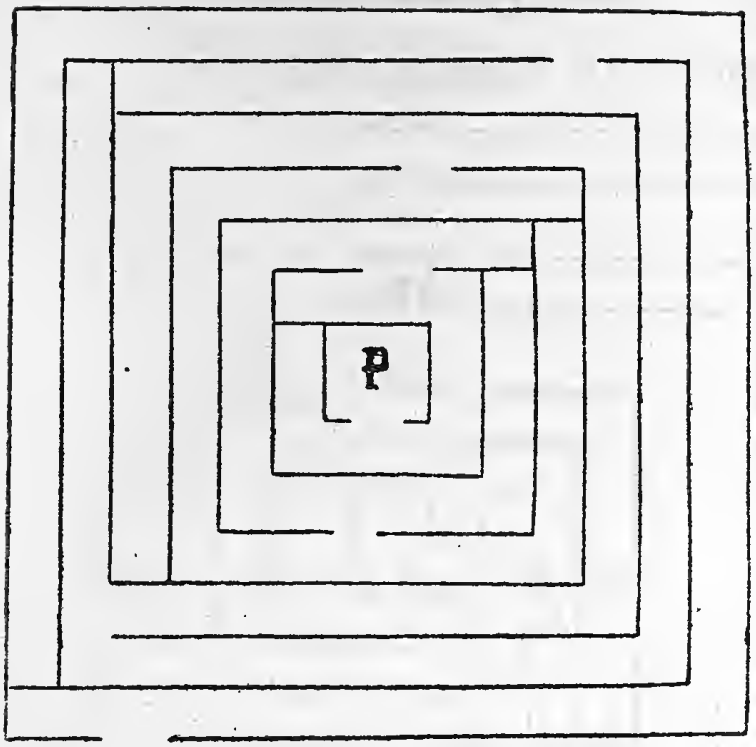
[Tenir compte de la dysgraphie, de la durée.]



— 1 —



— 2 —



— 3 —

Durée des Epreuves : Fig. 1 . — Fig. 2. . — Fig. 3

II. — EPREUVES DE MEMOIRE

I. — Mémoire auditive des chiffres

308	80351	153094	7306298
4830	76294	873506	4351927

II. — Mémoire visuelle et auditive des objets

a) Montrer et nommer au sujet 10 images.

b) Faire évoquer les 10 images montrées.

c) Les 10 images montrées antérieurement sont mélangées aux 20 autres. Nombre d'images reconnues parmi les 30 présentées au malade.

N. B. — *Il est nécessaire d'introduire entre* a) *et* b) *l'épreuve suivante :*

III. — Epreuves des trois ordres

(3 morceaux de papier de tailles différentes).

IV. — Epreuves de mémoire volontaire

Apprendre en trois minutes les 5 vers suivants :

Dans un chemin montant, sablonneux, malaisé,
Et de tous les côtés au soleil exposé,
Six forts chevaux traînaient un coche.
Femmes, moines, vieillards, tout était descendu,
L'équipage soufflait, suait, était rendu...

Nombre d'images concrètes évoquées. — Sens général.

III. — EPREUVES DE JUGEMENT

I. — Epreuves des phrases absurdes

Noter soigneusement les réponses pour comparaison ultérieure.

1° J'ai sauté par-dessus mon ombre.

Appréciation :

2° J'ai demandé à ce Monsieur s'il est aussi sourd qu'on le prétendait. — Certainement, m'a-t-il répondu, je suis complètement sourd des deux oreilles.

Appréciation :

3° Un Monsieur écrit à son ami une lettre et à la fin il ajoute : Si cette lettre ne te parvient pas, avertis-moi tout de suite afin que je me plaigne à la poste.

Appréciation :

4° Ce boulanger vend ses petits pains très bon marché, il m'a dit qu'il perdait sur chaque petit pain, mais qu'il se rattrapait sur la quantité.

Appréciation :

II. — Epreuves des phrases en désordre

un défend
chien bon son
maître courageusement

de prié salaire
j'ai mon patron
payer mon

sommes là pour
de bonne heure
nous campagne partis

locomotive la écrasé le
trouvé ravin dans a
le conducteur été de

III. — Problème des œufs

Combien coûtent 3 *œufs si la douzaine vaut* 15 *francs ?*

IV. — EPREUVE D'IMAGINATION

1° *Imaginer et décrire en donnant le plus de détails possible la rencontre de deux rames de métro.*

Noter le nombre de détails évoqués.

2° *Imaginer une phrase contenant :*

2 mots : Porte, Frayeur.
3 mots : Paris, Fortune, Ruisseau.
4 mots : Indépendance, Guerre, Commerce, Maladie.

OBSERVATION. — ANALYSE

1° *Décrire en deux minutes un objet usuel* (encrier).
2° *Quelle différence y a-t-il entre une chaise, un tabouret et un fauteuil ?*

Noter s'il y a simplement définition d'après l'usage ou définition supérieure à l'usage.

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ERGOTISME ÉPIDÉMIQUE

PAR

A. COSTEDOAT

Il y a quelques mois, un malade entrait au Val-de-Grâce avec un ensemble de symptômes inaccoutumé. Plusieurs diagnostics furent discutés, et parmi eux, celui d'ergotisme gangréneux. Cette hypothèse n'était pas invraisemblable, car ce malade venait d'un poste avancé du Maroc ; or, en 1898, on a signalé, mais à tort semble-t-il, une épidémie d'ergotisme dans une région de l'Afrique du Nord. Quelques troubles mentaux ayant marqué le début de la maladie, des recherches bibliographiques furent faites sur les psychoses de l'ergotisme, mais aucun des ouvrages de langue française consultés ne permit de recueillir d'indications sur elles. Par contre, les publications allemandes et russes contenaient sur les épidémies de la seconde moitié du XIX^e^ siècle des renseignements qu'il a paru utile de résumer ici. Mais pour la clarté de ce qui suit, il n'est peut-être pas inutile de rappeler, dans ses grandes lignes, la symptomatologie de l'ergotisme épidémique.

L'ergotisme épidémique en général

En France, l'ergotisme fut fréquent pendant tout le Moyen Age et le resta jusqu'à la fin du Premier Empire. On s'explique ainsi que, vers 1675, l'Académie des sciences ait délégué un de ses membres pour aller l'étudier en Sologne, région qui constituait alors, et qui constitua encore jusque vers 1780, un des foyers les plus importants de cette maladie.

Au XIX^e^ siècle, les épidémies devinrent de plus en plus rares : en Saône-et-Loire et dans l'Allier, il y eut pourtant, de 1813 à 1816, puis en 1830, de nombreux cas d'ergotisme : un méde-

cin (1) en observa à lui seul plus de 300. Le Dauphiné et la Savoie furent, avec la région lyonnaise voisine (2), les derniers pays atteints (1855).

Par contre, en Allemagne, la Hesse fut encore visitée à plusieurs reprises par l'ergotisme dans la seconde moitié du siècle dernier. Les troubles mentaux qui en résultèrent furent étudiés en 1855 par Heusinger (102 cas dont 12 décès), puis entre 1879 et 1883 par Siemens, Tuczek, Menche, en 1902 et 1911 par Jahrmärker.

La Russie connut, elle aussi, des épidémies d'ergotisme jusqu'à une époque récente, entre 1870 et la dernière guerre (Réformatsky, Kolossof, Gouriévitch). Depuis la guerre, les cas publiés sont devenus plus rares, mais la maladie a persisté en plusieurs régions.

En 1857, une épidémie sévère (283 cas, 98 décès), atteignit la population roumaine de Siebenbürgen en Transylvanie.

L'ergotisme est dû à la consommation plus ou moins prolongée de pain fabriqué en partie avec du seigle ergoté; le blé et l'orge peuvent être également envahis par le parasite. La proportion d'épis dangereux atteint et dépasse parfois 30 %, mais on a vu, exceptionnellement il est vrai, des accidents survenir pour des taux d'ergot qui n'excédaient pas 1 %.

La maladie s'observe surtout dans les contrées pauvres qui ne produisent que du seigle et dans les années où, par suite d'un été pluvieux et froid, la récolte a été mauvaise. Les paysans ne trient plus leurs grains ; le pain qu'ils fabriquent est de couleur foncée, parfois un peu bleuâtre, de goût presque sucré, mais non désagréable. Dans une même famille, seules certaines personnes deviennent malades. Le pain est plus dangereux lorsqu'il est préparé à l'aide de grains récoltés récemment (mais il reste encore nocif pendant six mois), lorsqu'il est chaud ou qu'on le consomme en grande quantité. Les grands enfants et les adultes jeunes sont plus fréquemment victimes de l'empoisonnement que les hommes d'âge mûr ; les nourrissons sont épargnés en raison de leur alimentation particulière. En matière d'intoxication, on ne peut évidemment parler d'incubation, mais d'après certains auteurs, les premiers accidents n'apparaissent que plusieurs semaines et même plusieurs mois après le début de la consommation du pain toxique, tandis que, dans les cas de Kolossof, ce délai, bien plus court, n'excédait pas 2 à 17 jours.

(1) Courhaut. — *Traité de l'ergot de seigle* (Châlon-sur-Saône, 1827).

(2) Barrier. — De l'épidémie d'ergotisme gangréneux observée à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1854-1855 (*Gazette médicale de Lyon*, 1855).

L'ergotisme se manifeste sous deux formes : convulsive (raphanie) et gangréneuse. Malgré cette différence d'aspect, il s'agit bien de la même affection ; on ne le discute plus aujourd'hui, mais autrefois, on soutenait que, si la gangrène est bien produite par l'ergot, contractures et convulsions sont dues, non pas à l'action de ce parasite, mais à l'ingestion d'une crucifère, le raphanus raphanistrum.

La forme gangréneuse est, par excellence, celle des anciennes épidémies françaises (Bonjean a pourtant décrit une épidémie familiale d'ergotisme convulsif en Savoie en 1848). La forme convulsive est à peu près la seule en cause dans les épidémies allemandes et russes; *c'est elle qui se complique de troubles mentaux.*

Les premiers symptômes sont assez vagues: sensibilité excessive au froid et, à l'opposé, impression de chaleur intérieure, vertiges, adynamie, fourmillements dans les extrémités, diarrhée, céphalée modérée et inconstante. L'appétit est conservé.

Dans la forme gangréneuse, des douleurs surviennent aux doigts, plus rarement aux orteils ; elles annoncent le sphacèle. La peau devient alors noire, froide, insensible ; une escarre sèche se forme, elle peut s'étendre à plusieurs phalanges ; la partie mortifiée se sépare alors spontanément du reste du doigt.

La forme convulsive se caractérise par des contractures locales qui peuvent exister seules et par des convulsions généralisées. Elle n'est parfois annoncée par aucun signe particulier. Souvent, au contraire, la période d'invasion se prolonge pendant un ou deux jours; elle est pénible et se signale par des sensations de crampe. Bientôt, les contractures apparaissent aux muscles fléchisseurs des doigts, du poignet et de l'avant-bras, à ceux des orteils et des pieds, quelquefois même des mâchoires; l'attitude en opisthotonos est rare, les contractures des muscles respiratoires le sont encore davantage. Ces accès sont douloureux et les tentatives faites pour étendre les membres augmentent encore la douleur ; ils surviennent par crises qui durent de quelques minutes à plusieurs jours. Les convulsions débutent parfois par un membre, comme l'épilepsie jacksonienne ; étendues à tout le corps, elles ne diffèrent pas de la crise d'épilepsie dont elles partagent l'aura, la soudaineté, l'inconscience, ainsi que l'hébétude et l'amnésie consécutives ; elles peuvent être subintrantes ou au contraire très espacées. Dans l'intervalle des convulsions, la diarrhée et les vomissements sont fréquents ; la fièvre a été notée à maintes reprises, mais elle est inconstante et diverse dans sa forme. On peut voir des lésions

cutanées (pétéchies, érythème, vésicules et pustules, furoncles, petites plaques de gangrène). L'albuminurie a été signalée ; son taux reste modéré (0,30). Les troubles visuels sont assez fréquents : modifications pupillaires en sens divers, affaiblissement de l'acuité visuelle, cataracte (1862, Meier, dans l'épidémie de Transylvanie). Les auteurs allemands et russes ont constaté avec une fréquence très grande l'abolition des réflexes osso-tendineux des membres inférieurs (45 fois sur 46 : Menche) ; ce signe s'est montré très tenace ; il s'accompagnait généralement de modifications objectives des sensibilités profondes (ataxie) et superficielles (aux différences de température et à la douleur). Au XVIII[e] siècle, Taube avait déjà remarqué que ces sujets se brûlaient parfois avec des charbons ardents sans paraître en souffrir.

La durée de la maladie est de quelques semaines, mais elle peut ne pas dépasser cinq jours ; elle est dans d'autres cas beaucoup plus longue, surtout lorsque des troubles mentaux interviennent.

En ce qui concerne la gravité de l'ergotisme, les taux extrêmes de mortalité ont été, en Russie, de 5 à 72 % au XIX[e] siècle (5 % dans l'épidémie d'Olonietz 1884, 11 % dans celle de Kief 1880, 40 % dans celle de Kostroma 1888, 72 % dans celle de Varnavine 1894).

Les descriptions anatomo-pathologiques les plus importantes concernent l'état du système nerveux central ; elles seront exposées dans les pages suivantes. Vinogradof (1) a examiné quelques cadavres de l'épidémie de Viatka (2.749 malades, 535 décès en un an) dont tous les cas avaient revêtu la forme convulsive. Dans les reins, les lésions siégeaient sur les vaisseaux (thromboses, dégénérescence vitreuse), les tubes contournés (lésions épithéliales) et les glomérules (congestion ou réduction à une masse homogène). Le foie était congestionné, ses vaisseaux thrombosés et les cellules hépatiques atteintes de dégénérescence dans la région centro-lobulaire. La rate était le siège d'une sclérose diffuse, de thromboses artériolaires et d'endartérite.

Par leur constance aux autopsies et par la régularité avec laquelle on les reproduit expérimentalement, les lésions vasculaires semblent être le facteur essentiel de la maladie, réserve faite des atteintes médullaires.

(1) VINOGRADOF. — *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la raphanie* (Vratch, 1895, p. 585) (en russe).

Troubles mentaux

Des troubles mentaux avaient été déjà signalés au cours des épidémies des XVI^e^ et XVII^e^ siècles, mais ils ne semblent pas avoir retenu particulièrement l'attention à cette époque ; on parlait alors de céphalée, de rêves agités, de troubles de la mémoire, de diminution des facultés intellectuelles, de démence, de manie, de mélancolie, de délire furieux, de suicide, mais tout cela sans précision.

A la fin du XVIII^e^ siècle, Taube estimait ces troubles assez fréquents : il s'agissait surtout de démence, d'hystérie et d'agitation furieuse. Les auteurs qui traitèrent des épidémies de la première moitié du XIX^e^ siècle (Wagner, Griepenkerl, Pockels, Desnos, Leteurtre) firent mention, eux aussi, de complications psychiques : agitation, perte de connaissance, obtusion, mélancolie.

Mais ce n'est que par les travaux allemands de Heusinger (1) en 1855 et surtout par ceux de Siemens, de Tuczek, de Menche et de Jahrmärker que les psychoses de l'ergotisme furent décrites avec méthode ; les épidémies de Hesse, en 1855 et en 1879, en fournirent la matière.

Les épidémies russes furent un peu plus tard l'objet d'études importantes de la part de différents auteurs, surtout de Réformatsky, de Vinogradof, de Kolossof et de Gouriévitch.

Nos connaissances sont ainsi devenues plus précises.

Travaux allemands

En 1879, une épidémie d'ergotisme apparut en Hesse, dans le cercle de Frankenberg, d'où elle gagna Waldeck : sur 2.500 habitants répartis en une douzaine de villages, 500 furent atteints, en majeure partie des enfants ou des jeunes gens.

Le médecin de Frankenberg, Heinemann, fit les premières observations, puis il envoya certains de ses malades à Siemens qui put les étudier de près. En 1880, les cas se multiplièrent et 10 malades entrèrent encore dans la clinique de Siemens qui publia ses constatations en 1881 (2). Chez presque tous, exposait-il, les premiers troubles consistent en vertiges, céphalée constrictive, angoisse, troubles du sommeil et même en hallucinations et agitation. Survient ensuite un état confusionnel carac-

(1) Heusinger. — *Ueber den Ergotismus.* (Dissert. inaug. Marburg 1856).

(2) Siemens. — Psychosen bei Ergotismus. (*Arch. für Psych. und Nervenkr*, 1881, XI, 108).

térisé par un aspect égaré, par l'impossibilité pour le sujet de diriger son activité intellectuelle, et par la prédominance de l'automatisme. Quelques malades étaient des mélancoliques, un autre se présenta comme un paralytique général dont il avait le déficit intellectuel, l'euphorie et la dysarthrie. La période aiguë est courte, quelques semaines tout au plus, mais la convalescence se prolonge. L'association presque constante de ces manifestations à des convulsions épileptiques et à la contracture des extrémités conduisit Siemens à décrire ce syndrome sous le titre de « forme stuporeuse épileptique de l'ergotisme épidémique spasmodique ». Un seul de ses hospitalisés avait présenté une gangrène partielle d'un doigt.

En 1882, Tuczek (1) fit paraître à son tour un travail d'ensemble sur la même épidémie. Ses conclusions confirmaient celles de Siemens. Son article est intéressant par le nombre et la précision des observations rapportées. Pour la plupart, celles-ci sont résumées sous le titre de « démence aiguë, crises d'anxiété et d'épilepsie », complété souvent par la mention « vertiges et équivalents ». Trois cas sont un peu particuliers ; l'auteur les intitule ainsi : « stupeur, puis anxiété et idées de culpabilité », « stupeur, démence aiguë, états d'excitation intercurrents, spasmes musculaires, contractures partielles, convulsions généralisées, équivalents psychiques », « stupeur, anxiété, crises d'épilepsie et attaques choréiformes, ataxie, analgésie, signe de Romberg ». Les hallucinations sont exceptionnelles, pourvu du moins que l'on ne prenne pas pour elles de simples réminiscences de rêves. Tous les malades étaient conscients du caractère pathologique de leur état. En raison de l'époque tardive à laquelle ils se déclarent, les troubles psychiques paraissent à Tuczek dépendre bien plus des troubles de la nutrition (faiblesse, amaigrissement, anémie) provoqués par l'intoxication, que d'une action directe de l'ergot lui-même sur les centres nerveux. Le pronostic est favorable : les décès (15 %) sont dus à des affections intercurrentes. Les symptômes neurologiques d'accompagnement sont très fréquents : aréflexie tendineuse durable, douleurs fulgurantes, anesthésie ou paresthésies, ataxie; on dirait le tabès. Lorsqu'à ces signes se joignent des troubles psychiques et de la dysarthrie, on est amené à discuter la possibilité d'une association de tabès et de paralysie générale. Tuczek fit quatre autopsies ; il constata

(1) Tuczek. — Ueber die Veränderungen des Centralnervensystems, speciell in den Hintersträngen des Rückenmarcks, bei Ergotismus. (*Arch. f. Ps. u. Nerv.*, 1882, XIII, 99).

la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle, mais ne vit pas les lésions cérébrales que Réformatsky signala plus tard.

Le travail de Menche (1), fondé sur 84 cas, ne fait que confirmer ce qui vient d'être dit.

Vingt ans après l'épidémie de Frankenberg, Jahrmärker (2) alla visiter les villages les plus éprouvés autrefois, dans l'intention de recueillir des précisions sur les séquelles psychopathiques de l'ergotisme. Il obtint des renseignements sur le sort de 60 anciens malades (43 jeunes gens et 17 adultes) que l'on avait pu suivre pendant un certain temps. 17 d'entre eux s'étaient remis complètement et d'une façon rapide, mais près des trois-quarts avaient encore éprouvé, parfois pendant plusieurs années, différents troubles que l'on avait estimé devoir rattacher à leur intoxication antérieure et que Jahrmärker réunit sous l'appellation de « constitution de l'ergotisme » ; ils consistaient en affaiblissement intellectuel, troubles de l'humeur (irritabilité), de l'émotivité (anxiété fréquente, aptitudes convulsives) et du sommeil ; il s'y joignait des vertiges, une faiblesse physique, des crampes d'estomac, de la céphalée et quelquefois des crises de migraine. Mais il paraît, en réalité, bien difficile de reconnaître à cet ensemble un caractère vraiment spécifique. Les séquelles d'ordre neurologique (abolition des réflexes osso-tendineux des membres inférieurs, troubles sensitifs) avaient fait craindre une évolution vers le tabès, mais celle-ci ne s'affirma pas. A la suite d'atteintes survenues dans l'enfance, et bien qu'elles eussent semblé guéries, on vit parfois apparaître l'épilepsie à l'époque de la puberté; mais d'après la description de l'auteur (angoisse précordiale, humeur larmoyante, convulsions), on se demande s'il ne s'est pas agi plutôt, du moins pour un certain nombre de cas, de simples troubles de l'émotivité.

Travaux russes

L'étude de beaucoup la plus importante est celle de Réformatsky. Mais, avant lui, plusieurs auteurs avaient déjà signalé l'existence de troubles mentaux au cours de l'ergotisme épidémique.

(1) Menche. — Die Ergotismusepidemie in Oberhessen seit Herbst 1879. (*Deutsche Archiv für klinische Medizin*, 1883, 33-246).

(2) Jahrmärker. — Zur frankenberger Ergotismusepidemie und über bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem. (*Arch. für Psych. und Nervenkr*, 1902, 35, 109).

Zur oberhessischen Ergotismusepidemie von 1855-56 (*Zeitschr. für die g s. Neurol, und Psychiatrie*, 1911, 5, 190).

Ter Gregoriantz (épidémie de Kostroma 1870) parle de crises d'épilepsie, de rêves agités, d'aspects démentiels ;

Sviatlovsky (épidémie de Novgorod 1879), d'affaiblissement et d'obtusion marqués des facultés intellectuelles, de démence et de mélancolie ;

Acharoumof (épidémie de Poltava 1881) note une agitation confusionnelle : les malades se jetaient sans but de tous côtés, ils riaient tout à coup sans motif, répondaient d'une manière incohérente ; leur affaiblissement intellectuel persistait pendant un temps assez long ;

Chtcherbina (épidémie de Kief 1880) signale l'affaiblissement des facultés intellectuelles et le délire ;

Kourtchinsky (épidémie de Tchernigof 1887), diverses psychoses.

Dans un travail très documenté, Réformatsky (1) étudie l'épidémie de Viatka (1889-1890) ; il était l'assistant de Bechteref (2) lorsque la Société des médecins de Kazan le chargea d'une enquête sur le développement et les symptômes de cette épidémie. Les troubles mentaux n'y étaient pas rares, puisque dans le seul cercle de Noline, Réformatsky les observa 52 fois, soit dans le tiers des cas. Ses conclusions confirment dans leur ensemble celles de Siemens et de Tuczek, mais les aspects cliniques sont plus divers que ne l'avaient vu les auteurs allemands et les erreurs de perception plus fréquentes. Les troubles mentaux de l'ergotisme ressemblent à ceux de la pellagre ; dans celle-ci, les hallucinations, les idées délirantes et les formes dépressives sont peut-être un peu plus fréquentes, mais ces différences ne sont que des nuances. Réformatsky distingue dans l'ergotisme épidémique des syndromes mentaux assez nombreux, mais on peut les réduire à six :

1. Confusion mentale à forme stupide, caractérisée par les signes suivants : aspect obtus ou égaré, attitude repliée, tremblement, incertitude de la démarche, diminution de l'attention, difficulté marquée de la compréhension, désorientation, lenteur et imprécision des réponses, élocution embrouillée ou silence complet. Il s'y ajoute très souvent des hallucinations ou des illusions, un délire peu cohérent et parfois de l'anxiété et des réactions motrices. Les malades se plaignent de céphalée, de vertiges,

(1) Reformatsky. — (Moscou 1893) (en russe).

(2) Bechtéref. — Ueber neuro-psychische Störungen bei chronischem Ergotismus, nach den Beobachtungen von Dr Reformatsky (*Neurol. Centralblatt*, 1892, p. 769).

de troubles visuels. Les réflexes osso-tendineux des membres inférieurs sont abolis, l'excitabilité idio-musculaire augmentée, les pupilles dilatées ou inégales. Les troubles mentaux n'apparaissent le plus souvent qu'après de longues semaines de maladie, mais il n'est pas rare de les observer dès les premiers jours. Succédant immédiatement aux crises d'épilepsie, ils ne diffèrent pas de ces états confusionnels post-paroxystiques qui compliquent si fréquemment le mal comitial. Il est arrivé pourtant que de simples contractures locales ont suffi à les provoquer. Généralement, ces troubles disparaissent après un temps assez court sans laisser de traces ; seuls, quelques malades gardent une certaine faiblesse intellectuelle et des troubles de la mémoire.

2. Même état, mais avec une obtusion bien moindre, une attitude plus éveillée, une expression du visage plus intelligente, des mouvements plus dégagés, un langage plus varié. En résumé, il s'agit plutôt d'une lenteur intellectuelle ; mais l'humeur est parfois anxieuse ; des hallucinations, des idées délirantes et des actes impulsifs surviennent par périodes.

3. Confusion mentale hallucinatoire aiguë avec pantophobie et raptus anxieux. Cette forme est la plus grave ; elle succède quelquefois sans transition aux crises convulsives et dure de quelques jours à quelques semaines. La convalescence est longue.

4. Délire onirique presque pur.

5. Troubles de la conscience à différents degrés.

6. Dépression mélancolique ou mélancolie délirante ; idées d'indignité, prières prolongées, refus d'aliments, tentatives de suicide.

Réformatsky pratiqua 9 autopsies : dans les deux tiers des cas, il trouva une pachy- et une lepto-méningite circonscrites, ainsi que de petis foyers hémorragiques dans les méninges. A l'œil nu, les altérations de l'encéphale étaient peu caractéristiqes (anémie, congestion ou œdème), mais l'examen microscopique montra dans deux cas des zones d'hémorragie ou de ramollissement ; par places, les vaisseaux étaient thrombosés ou atteints d'endartérite. Les cellules pyramidales étaient tuméfiées, pleines de vacuoles ou atrophiées. Dans la moelle, les faisceaux postérieurs étaient très souvent dégénérés, les cellules des cornes antérieures plus rarement lésées. Les nerfs périphériques paraissaient normaux.

Sous la direction de Bechteref, parut en 1902 la thèse de Kolotinsky (Moscou) consacrée à l'étude des lésions du système nerveux dans l'ergotisme épidémique. Les altérations cellulaires

sont, dit cet auteur, primitives et indépendantes des lésions vasculaires ; elles sont diffuses et non pas en foyers ; elles consistent soit en une atrophie simple, soit en de la chromatolyse.

Vinogradof, Krylof, Grigorief ont étudié, eux aussi, l'anatomie pathologique des viscères et du système nerveux.

Glouchkof (épidémie de Kazan 1908) désigna les psychoses qu'il lui fut donné d'observer sous les termes de « démence aiguë curable » et d' « amentia stuporeuse ».

Kolossof (1) a publié en 1912 et 1914 de nombreux articles, précieux en particulier par la bibliographie qu'ils contiennent. Il put saisir chez plusieurs malades les troubles mentaux dès leur apparition. Sa description confirme celle de Réformatsky. La durée totale des manifestations psychopathiques peut ne pas excéder une semaine. Toute prédisposition spéciale (alcoolisme, syphilis, hérédité vésanique) fait habituellement défaut. Ce sont les jeunes gens qui sont le plus fréquemment atteints.

En 1909, dans le gouvernement de Tver, l'ergotisme étendit ses ravages à plusieurs districts ; les Caréliens, population pauvre et peu instruite, en furent surtout les victimes — 18 malades durent être admis à l'asile d'aliénés de Bourachevo, où Gourievitch (2) les examina. La plupart d'entre eux ne s'étaient fait remarquer auparavant par aucun accès psychopathique. Chez tous, l'intoxication se manifesta en premier lieu par des crampes qui cessaient à l'approche des troubles mentaux. Pendant le séjour à l'asile, 6 de ces malades, les plus gravement atteints, eurent des crises d'épilepsie. Pour Gourievitch, comme pour les précédents auteurs, il s'est agi avant tout de confusion mentale simple, compliquée très fréquemment d'un état anxieux ; les hallucinations et les idées délirantes formaient l'exception. Dans certains cas, la conscience était normale, mais on voyait se succéder des périodes d'excitation maniaque de courte durée ou de brusques sautes d'humeur. Les atteintes d'une certaine gravité s'accompagnaient des troubles physiques précédemment indiqués. On peut multiplier le nombre des formes de la maladie suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, mais en réalité l'unité de l'ergotisme réside non seulement dans son étiologie, mais encore dans ses manifestations cliniques.

(1) Kolossof. — *L'ergotisme ; tableau clinique de ses accès, etc.* (Rousski Vratch, 1912) (en russe).

Geiststörungen bei Ergotismus. *Arch. für Psych. und Nervenkr.*, 1914, 53, p. 1118).

(2) Gourievitch. — Ueber die Ergotinpsychosen. (*Zeitschr. für die ges. Neur. und Psych.*, 1911, 5, p. 269).

Conclusions

Maladie disparue depuis près d'un siècle de nos pays d'Occident, grâce à l'amélioration des conditions de la vie rurale, l'ergotisme épidémique a fait, au cours des cinquante dernières années, l'objet d'études cliniques et anatomo-pathologiques intéressantes en Allemagne et en Russie.

Les troubles mentaux que l'on a signalés, en petit nombre d'ailleurs, ne compliquent jamais que la forme convulsive de la maladie. Parfois tardifs par rapport au début de l'intoxication, plus souvent précoces, ils apparaissent en général à la suite des crises épileptiques ; dans d'autres cas, au contraire, ils les précèdent.

Assez analogues à celles de la pellagre, ces psychoses consistent presque toujours en une bouffée aiguë de confusion mentale. Les manifestations délirantes, l'anxiété, l'agitation ou la dépression qui se produisent parfois reposent en règle générale sur un fond confusionnel. Les cas sérieux présentent des signes objectifs, souvent durables, d'atteinte du système nerveux (aréflexie tendineuse, troubles de la sensibilité). Le pronostic immédiat est habituellement favorable, mais le retour à un état mental parfait s'effectue avec plus de lenteur et peut demander des mois.

Les lésions anatomo-pathologiques du système nerveux central sont représentées par de l'endartérite et des thromboses des petits vaisseaux, ainsi que par une dégénérescence des cellules de l'écorce cérébrale et une sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

LES DIFFÉRENTES TONALITÉS AFFECTIVES DES ÉPILEPTIQUES TRAITÉS

PAR

M. LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGES d'HEUCQUEVILLE

Dans une série de précédents travaux (1) (2) (3) (4), nous nous sommes attachés à étudier les bases biologiques des tonalités affectives qui caractérisent certaines psychopathies, et même certaines émotions non pathologiques. Ainsi l'anxiété, physiologique ou morbide, trouve sa source, entre autres processus biologiques, dans la rupture de l'équilibre acide-base des humeurs en faveur de l'alcalose : le *p*H urinaire, de 6 à l'état normal, s'élève au-dessus de 7 et parfois 8.

Or, l'opium, médication spécifique de l'anxiété (au même titre que l'acide phosphorique expérimenté par l'un de nous) (1) est un acidifiant : affaiblissant la réaction du centre respiratoire, il contribue à retenir l'acide carbonique libre du sang. Cet exemple montre l'analogie, physiologique comme psychologique, des effets des maladies mentales et des agents pharmacodynamiques neurotropes. Les tonalités affectives qu'ils font naître méritent d'être décrites parallèlement à celles de la pathologie mentale.

Pour l'opium, ce travail a été accompli par ses adeptes ; Thomas de Quincey entre autres. Les tonalités affectives de l'ivresse, du besoin morphiniques sont bien connues (nous avons consacré ailleurs un article à leur aspect biologique) (5).

Aussi connue et plus communément recherchée que l'ivresse de l'opium est celle de l'alcool, à laquelle s'oppose la tonalité bien particulière de l'alcoolisme chronique, faite d'aigreur et d'irritabilité.

L'on a cherché mille autres nuances affectives artificielles. Moreau de Tours (6), expérimentant d'abord sur lui-même, a donné de la « fantasia » du haschich, aux riches onirismes, une description immortelle. En administrant du haschich, il modifiait

l'affectivité et les réactions de certains malades, déprimés ou stupides (hébéphréniques). Sur les déments précoces, Morel, Gresinger, élargissant cette étude, expérimentent, outre le haschich et l'alcool, l'éther, la cocaïne, la scopolamine.

Tout dernièrement, Mlle Pascal et Mlle Deschamps (7) (8) enregistraient les réactions des mêmes déments précoces aux agents suivants : haschich, éther, cocaïne, strychnine, protoxyde d'azote, peyotl.

« Les barrages disparaissent, écrivent-ils, quand change la formule affective. » La drogue agit donc d'abord sur la cénesthésie, la nuance affective, et secondairement sur les appareils moteurs volontaires et végétatifs d'expression.

Il semble que ce mécanisme joue aussi un rôle dans les effets remarquables obtenus par de Jong et Baruk (9) (10) par l'administration de bulbocapnine, d'acétylcholine, de mescaline, de catatonine, effets rappelant ceux de la catatonie humaine. Chez l'homme et les animaux supérieurs, il serait surprenant que ces drogues bouleversent seuls les appareils d'expression. Elles transforment aussi la cénesthésie, base de la tonalité affective, qui leur commande les réactions expressives anormales observées.

*
**

Nous avons entrepris d'étendre ces recherches, des puissants modificateurs énumérés ci-dessus, aux sédatifs thérapeutiques usuels. Or, les agents utilisés dans l'épilepsie apparaissent particulièrement intéressants de ce point de vue.

Car d'abord les épileptiques présentent proprement une tonalité affective spéciale, familière à tous les aliénistes. Sans reprendre sa description, rappelons qu'elle est décomposable en deux tendances : *irritabilité* d'une part, d'autre part *viscosité affective* (parallèle à la bradykinésie motrice et à la bradypsychie intellectuelle).

En second lieu, la plupart des médecins dirigeant des quartiers d'épileptiques reconnaissent que le gardénal, s'il constitue le meilleur sédatif des crises convulsives, aggrave notablement leurs troubles mentaux. Pour l'épilepsie psychique proprement dite, la majorité des auteurs admettent l'explication suivante : le médicament modifie les paroxysmes sans les supprimer ; il substitue aux paroxysmes convulsifs inconscients, des paroxysmes psychiques conscients. Mais cette thèse ne rend pas compte de l'aggravation des troubles affectifs permanents, qui constituent la tonalité si particulière de l'épilepsie.

Une telle aggravation mérite d'être rapprochée des troubles étudiés par Heuyer et Le Guillant (11) sous le nom de toxicomanie barbiturique. Les individus intoxiqués chroniquement par le gardénal, (et les épileptiques qui reçoivent de hautes doses quotidiennes sont dans ce cas), présentent des troubles affectifs graves : excitation, égoïsme, irritabilité, jalousie.

Les autres traitements de l'épilepsie (bromures notamment) ont encouru des reproches analogues. A l'exception cependant du bore qui, depuis Mairet (12), jouit de la réputation d'apporter le minimum de perturbations mentales (13) (14).

Enfin du point de vue biologique, l'épilepsie semble, comme l'anxiété, pour une large part conditionnée par les perturbations de l'équilibre acide-base des humeurs. Bigwood (15) a découvert une alcalose élevée dans les heures précédant les crises convulsives. Dans un travail antérieur, reprenant ces recherches, nous définissions ainsi la courbe du *p*H urinaire des comitiaux : pointe d'alcalose pré-paroxystique, acidose post-paroxystique, alcalose légère permanente entre les paroxysmes (3).

Bien que nous n'apportions pas dans le présent travail, purement clinique, la vérification de cette hypothèse, il est légitime de penser que cette alcalose permanente, influence la tonalité affective des épileptiques comme celle des anxieux. Cette thèse trouverait sa confirmation dans ce fait suivant cité plus haut : c'est la médication la plus acidifiante (les tartrates borico-sodique et potassique), qui aggrave le moins la nuance affective pénible des épileptiques. Le bore serait-il à l'affectivité épileptique ce que l'opium est à l'affectivité anxieuse ?

*
**

Par l'enquête qui fait l'objet de ce travail, nous avons cherché à comparer les nuances affectives produite chez les épileptiques par les 3 agents courants de l'arsenal thérapeutique actuel : gardénal, bromures (KBr et NaBr parties égales (en potion), tartrate borico-sodique (préparé par les laboratoires Lumière ou Borodine Lumière).

Les malades ont été choisis ainsi : sur un lot de 50 épileptiques constituant la population d'un quartier d'asile, ont été éliminées (outre 1 idiote) 10 épileptiques à crises fréquentes, dont on ne pouvait bouleverser impunément le traitement.

Restaient 5 malades chez qui les troubles du caractère étaient au premier plan ; et 30 malades à paroxysmes convulsifs, présentant tous (à deux exceptions près) les stigmates affectifs de l'épilepsie.

Ces deux derniers groupes de malades recevaient habituellement du gardénal aux différentes doses de 30 cgrs (4 malades), 20 cgrs (17 malades), 10 cgrs (14 malades).

L'observation a été ainsi conduite :

1° Dans une première période, la dose des 4 malades qui recevaient 30 cgrs a été réduite à 20 cgrs.

2° Puis tous les malades recevant 20 cgrs (et compris parmi eux les précédents) ont reçu seulement 10 cgrs.

3° La dose de gardénal de tous les épileptiques en observation a été réduite à 5 cgrs. Instruits par des essais antérieurs, nous avons évité de sevrer complètement nos malades, le passage de 5 cgrs à 0 étant suivi, chez une notable proportion, d'une explosion de crises ou de troubles psychiques paroxystiques qui auraient rendu nos investigations impraticables.

4° Pendant une nouvelle période, ces sujets ont reçu, outre cette dose de gardénal, des bromures à la dose moyenne de 3 grs.

5° Enfin, après un intervalle de repos, il leur a été administré, dans les mêmes conditions, 10 grammes de tartrate borico-sodique (Borosodine Lumière).

Voici, réduites à l'essentiel, 12 observations sur les 35 recueillies :

I. — Mlle Lam... 21 ans, épilepsie ; par semaine environ, 4 crises, 6 vertiges. Dose quotidienne initiale de gardénal : 20 cgrs. Examen physique négatif. Bradypsychie. Illettrée. Onanisme, attouchements aux enfants. Impulsions, disputes au moins bi-quotidiennes. Contrariante et pleurnicheuse.

Pendant l'observation, menée comme ci-dessus, pas de modifications des phénomènes paroxytiques, diminution même à la fin. Bradypsychie un peu atténuée quand la malade ne prend plus que 5 cgrs de gardénal, ou quand elle reçoit en outre des bromures ; atténuation qui disparaît sous l'influence du tartrate.

Au contraire, le caractère, peu modifié par les bromures, est transformé par la cure de tartrate : pas une dispute dans cette période, la malade s'occupe, aide le personnel à donner les soins aux infirmes. La masturbation n'a plus été observée, et, au contraire, Mlle Lam... tombe dans la dévotion et assiste chaque jour aux offices. La nouvelle formule thérapeutique étant conservée, l'amélioration de l'affectivité persiste, la sortie est même envisagée.

II. — Mlle Rou..., 56 ans. Deux crises par mois, pas de vertiges, légère obnubilation à la suite des crises. Dose quotidienne initiale de gardénal : d'abord 20 cgrs, dose qui a dû être ramenée précédem-

ment à 10 cgrs, en raison de l'aggravation des troubles du caractère. Bradypsychie nette. Récriminations incessantes. Violente, frappe sournoisement : « Il faut bien se défendre. » Doit être maintenue. A tenté dernièrement de s'étrangler, s'est plainte au préfet.

Pendant l'observation, crises plus rares, apparition de quelques vertiges. Pas de modifications de l'affectivité sous l'influence des bromures. Après la cure de tartrates aggravation légère de la bradypsychie, mais amélioration du caractère. Répond aux questions, n'est plus maintenue, ne frappe plus.

III. — Mme Mal..., 32 ans. Deux crises par mois. Dose quotidienne initiale de gardénal : 20 cgrs. Bradypsychie très marquée ; bradykinésie extrême, la mimique s'anime très lentement. Très contrariante, non violente.

La bradypsychie disparaît totalement sous l'influence des bromures, la malade sourit ; ses réponses sont immédiates ; mais reparaît dès l'administration de tartrate. Au contraire, la malade devient alors plus docile, moins irritable, s'attache à deux infirmes à qui elle sort leur nourriture. Pas de modification des phénomènes convulsifs.

IV. — Mme Con..., 45 ans. Une seule crise depuis 5 ans. Dose quotidienne initiale de gardénal : 10 cgrs. Longs accès d'excitation pendant lesquels elle croit qu'on la vole, crie des ordres, menace, frappe et doit être maintenue. Un tel accès est apaisé presque entièrement sous l'influence des bromures. Il reprend quand on cesse de les administrer, mais tombe dès le début de la cure de tartrate. A noter que la malade paraît alors un peu déprimée, engourdie. Hypermimie frontale évasive ; elle se plaint tristement de la malveillance dont on l'entoure.

V. — Mlle Car..., 21 ans, n'a pu être observée exactement dans les mêmes conditions que les autres, la diminution de la dose de gardénal (de 30 cgrs à 20) ayant occasionné une recrudescence de crises (d'ordinaire 4 par semaine) et des vertiges (d'ordinaire 5 par jour). Mais en même temps, le caractère s'était nettement amélioré. Amélioration qui s'accrut, quand, au gardénal (20 cgrs), on adjoignit le tartrate (10 cgrs). Mais la bradypsychie devenait plus marquée. L'augmentation du nombre de crises rendit alors nécessaire le retour au traitement primitif. Le caractère s'aigrit de nouveau, la malade retrouva son pleurnichement ininterrompu.

VI. — Analogue est le cas de Mlle Des..., 23 ans. 3 crises par jour. Dose quotidienne initiale de gardénal : 20 cgrs. Bradypsychie marquée, caractère difficile qui furent très améliorés par les bromures. Mais après un mois de ce traitement apparut un état confusionnel : attitude extatique, mimique béate, mutisme ; puis torpeur, avec oligurie, déshydratation ; enfin excitation, délire. Cet accès a guéri sans qu'on ait modifié le traitement. La malade a retrouvé alors son

état immédiatement antérieur, en amélioration nette sur celui qu'elle présentait avant l'observation depuis des années.

VII. — De même Mlle Fay..., 22 ans (crises bi-quotidiennes, dose quotidienne initiale de gardénal : 20 cgrs) a été améliorée du point de vue du caractère, également par les cures de bromures et de tartrate. La malade s'est mise à travailler ; sa bradypsychie est influencée favorablement. Mais la recrudescence des crises, devenues quotidiennes, a conduit à revenir à la formule thérapeutique initiale ; les crises ont diminué, la malade est redevenue batailleuse, griffe ses voisines au réfectoire.

VII *bis*. — Le cas de Mme Men..., 32 ans, observé accidentellement en dehors de cette enquête, est à rapprocher des trois précédents. Pas de crises convulsives, mais vertiges quotidiens. Dose quotidienne initiale de gardénal : 10 cgrs. Intégrité intellectuelle. Caractère très difficile, colères violentes : au cours d'une colère, un jour, se jette à l'eau. Accès de rhumatisme articulaire aigu, souffle systolique.

Cette malade parvient un jour à se faire remettre du gardénal en cachette par un visiteur ; elle en absorbe 50 cgrs. Le soir, excitation intense, elle frappe avec sauvagerie, lacère les camisoles qui lui sont appliquées. Diarrhée. Cette excitation s'apaise en quelques jours, la malade étant sevrée de gardénal et recevant, outre une injection quotidienne de génoscopolamine, 15 grammes par jour de borosodine.

Dans la quinzaine qui suit l'accès, la dose de tartrate étant maintenue, Mme Men... se montre très facile, serviable, toute différente de ce qu'elle était avant l'accident ; à noter que son sommeil est alors lourd, prolongé, qu'elle demeure engourdie dans la matinée.

VIII. — Mlle Sev..., 41 ans (crises hebdomadaires, dose quotidienne initiale de gardénal : 10 cgrs), était le fléau du quartier par ses provocations incessantes. Elle semble avoir été un peu excitée par les bromures. Apaisement sous l'influence du tartrate : la malade a perdu son animosité habituelle, elle n'attaque plus, mais semble un peu engourdie, la voix faible, l'œil trouble.

IX. — Mlle Tho..., 17 ans (crise bimensuelle ; dose quotidienne initiale de gardénal : 20 cgrs, imbécile), apparaît au contraire plus éveillée, présente sous l'influence du tartrate.

X. — Mme Doo..., 50 ans (crises très rares ; dose quotidienne initiale de gardénal : 10 cgr.), frappe les autres malades qu'elle accuse de lui voler son argent. Elle est plus calme, n'a plus frappé, depuis qu'elle reçoit du tartrate.

XI. — Mme Jac..., 48 ans (crises très rares ; dose quotidienne initiale de gardénal : 20 cgrs), imbécile, doit être maintenue car elle est atteinte en outre d'excitation quasi-automatique, frappe les autres

malades, se mutile. Cette excitation cesse, le fond mental demeurant aussi pauvre, dès que la dose de gardénal s'abaisse à 5 cgrs.

XII. — La seule malade dont l'affectivité n'ait été rendue moins insociable est Mlle Dem..., 46 ans. Crises très rares, 4 vertiges par jour. Dose quotidienne initiale de gardénal : 20 cgrs. Débilité, puérilité. Antécédents : hémiplégie gauche infantile, traumatisme par éclatement d'une torpille pendant la guerre. Colères au moins quotidiennes, qui ont été aggravées en fréquence et en intensité tant par le bromure que par le tartrate. Exception sans interprétation convaincante, qui méritait d'être citée.

Les 23 autres observations, qu'il est impossible même de mentionner, sont comparables aux 11 premières. Comme de celles-ci, les trois conclusions suivantes s'en dégagent :

1° La diminution progressive de la dose de gardénal administrée aux épileptiques quand cette diminution n'influence pas sensiblement la fréquence ni l'intensité des paroxysmes, atténue la viscosité et l'irritabilité, traits essentiels de la tonalité affective épileptique.

2° La cure bromurée (KBr et NaBr parties égales) (adjointe à une dose résiduelle de gardénal, 5 cgrs par jour) atténue encore la viscosité, sans modifier sensiblement l'irritabilité.

3° La cure borée (tartrate borico-sodique sous forme de Borosodine Lumière associée à la même dose limite de gardénal) a tendance à augmenter la viscosité, mais supprime presque entièrement l'irritabilité.

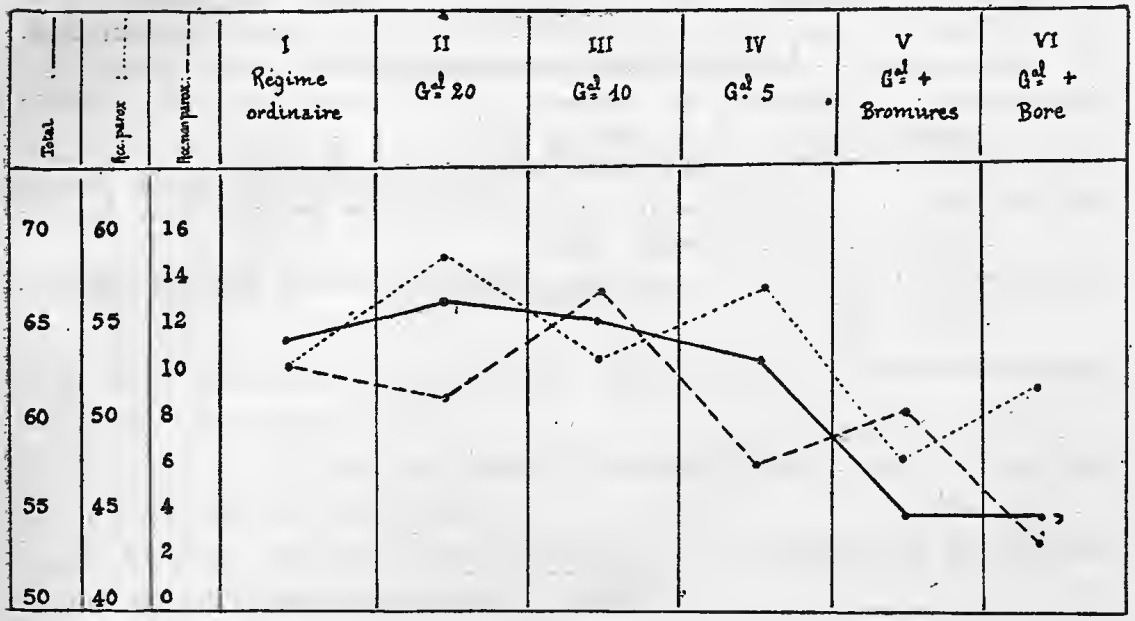
En d'autres termes, si le gardénal s'avère la médication spécifique des paroxysmes, les bromures et surtout le tartrate, chacun selon des nuances différentes, constituent les rectificateurs de la tonalité affective si particulière de l'épilepsie.

Une statistique d'ensemble laissera peut-être une idée plus exacte des résultats de notre enquête que les observations trop succinctes. On a noté, pour les 35 malades observés, dans chacune des 5 phases de l'enquête (pour une semaine), le nombre total des crises convulsives, des vertiges, des impulsions, des traumatismes (ecchymoses, plaies) par suite de querelles entre malades, des accès d'excitation ayant nécessité l'isolement en cellules ou la contention.

Les courbes qui illustrent le tableau montrent d'une manière schématique l'avantage, *a priori* paradoxal, que l'on trouve à ne pas chercher uniquement la sédation des crises, mais aussi la rectification de la tonalité affective.

	Crises convulsives	Vertiges	Impulsions	Traumatismes	Accès d'excitation	Total
I. Régime habituel.....	18	35	5	4	2	64
II. Gal 20 c.	17	41	6	1	2	67
III. Gal 10 c.	19	34	4	6	3	66
IV. Gal 5 c.	19	38	3	3	0	63
V. Br. + Gal	15	32	1	3	4	55
VI. Bor + Gal	16	36	2	1	0	55

Courbes



Du point de vue pratique, l'association d'un modificateur de cette dernière, et spécialement du tartrate borico-sodique, à une dose faible de gardénal s'avère la meilleure formule thérapeutiques ; elle doit être adaptée, par tâtonnements, au cas particulier de chaque malade.

Ainsi, dans le cas de l'épilepsie comme dans le cas d'anxiété, les études menées du point de vue de la tonalité affective, apportent des conclusions pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Laignel-Lavastine et Cornelius. — L'hypo-acidité, syndrome urinaire de l'angoisse. *Presse Médicale,* 18 nov. 1925.

(2) Laignel-Lavastine, Rogues de Fursac et G. d'Heucqueville. — Valeur pratique du *p*H urinaire dans le diagnostic des états de dépression. *Ann. Méd.-psychologiques,* avril 1931.

(3) Laignel-Lavastine, Cornelius et G. d'Heucquevlle. — Un nouveau test de la tonalité affective : le *p*H urinaire. *Paris Médical,* 24 octobre 1931.

(4) Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville. — Un nouveau test d'émotion applicable aux prévenus : le *p*H urinaire. *Ann. de Méd. légale,* déc. 1931.

(5) Laignel-Lavastine et G. d'Heucqueville. — Les modificateurs pharmacodynamiques de la tonalité affective. *Presse Médicale,* 1933.

(6) Moreau de Tours. — *Du haschich et de l'aliénation mentale.* 1 vol., Paris, 1845.

(7) Mlle Pascal et Mlle Deschamps. — Exploration pharmacodynamique de la motricité des déments précoces. *Encéphale,* janvier 1933.

(8) Mlle Pascal. — Le dynamisme de la démence précoce. *Presse Médicale,* 13 avril 1932.

(9) De Jong et Baruk. — *La catatonie,* 1 vol., Masson édit., 1930.

(10) De Jong. — La catatonie expérimentale. *Ann. Méd.-psychol.,* février 1933.

(11) Le Guillant. — La toxicomanie barbiturique. *Thèse Paris,* 1930.

(12) Mairet. — Traitement de l'épilepsie par le borate de soude. *Progrès Médical,* 1891 (p. 41) et 1892 (p. 97).

(13) Kaufman. — La médication borée dans l'épilepsie. *Thèse Lyon,* 1922.

(14) Villegier. — Le traitement de l'épilepsie par les tartrates borico-alcalins. *Thèse Bordeaux,* 1922.

(15) Bigwood. — Diagnostic d'un état d'alcalose. *Journal Médical français,* juillet 1930.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 13 Juillet 1933

Présidence : M. Roger MIGNOT, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 8 juin et le procès-verbal de la séance du 26 juin sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr H. Baruk, *membre titulaire,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Henry DAUSSY, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national.*

Subvention du Conseil Général de la Seine

Le *Secrétaire général* est heureux d'annoncer à la Société que le Conseil général de la Seine a bien voulu, comme l'année précédente, accorder à la Société Médico-psychologique une subvention de 5.000 francs pour l'année 1933.

Il sera auprès du Conseil général et de la Préfecture de la Seine l'interprète des remerciements de la Société.

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS

Myxœdème acquis avec troubles mentaux. Anomalies regressives. Influence de l'opothérapie, par MM. A. COURTOIS, H. PICHARD et A. LIBER. (*Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle*).

Le malade que nous avons l'honneur de présenter devant la Société est âgé de 60 ans. Il est entré à l'Hôpital Henri-Rousselle une première fois le 13 mars 1933, une seconde le 28 juin 1933.

Les troubles mentaux ont fait leur apparition chez ce malade en 1929.

L. présente une certaine débilité mais cependant, n'avait jamais manifesté d'accident psychopathique antérieur.

A cette époque (1929), apparaît, en quelques jours, un œdème généralisé avec torpeur profonde et gâtisme ; en même temps quelques idées de persécution.

On parle de crise cardiaque, on le soigne pour urémie. Cet état s'amende assez rapidement, mais s'installe à la suite un syndrome myxœdémateux avec persistance de l'œdème, chute des poils de la face et du corps, chute des dents supérieures ; frilosité. De plus, au point de vue mental, L. va rester bradypsychique avec alternatives d'amélioration et d'aggravation légères.

C'est au cours d'une de ces exacerbations qu'il entre une première fois dans le service, le 13 mars 1933.

On constate à ce moment un état de confusion mentale avec torpeur et parfois onirisme de caractère terrifiant. Le malade habituellement inerte, apathique, immobile, se lamente alors et pleure. On veut lui faire du mal. On veut le tuer. On va le noyer dans un bain, l'empoisonner avec les médicaments. On lui lance des gaz infectes qu'il voit tomber du plafond. Il entend une sorte de bouillonnement, et les pompiers ; c'est un incendie allumé pour le brûler ; il voit les flammes, sent la fumée. La salle à manger est pleine de rats qui sont en train de dévorer sa femme.

Fait particulier, cette activité délirante ne comporte aucune réaction psychomotrice, malgré l'anxiété (1). L. reste inerte et sans aucune velléité de défense. D'ailleurs tous les mouvements sont lents et c'est à peine si le malade peut se tenir debout même avec une aide.

Syndrôme myxœdémateux au complet : Infiltration diffuse, ne prenant pas le godet ; facies lunaire, peau épaissie, sèche, squameuse, ongles cassants, striés. Hypotonie musculaire et hyporéflectivité.

(1) Fait à rapprocher des travaux de Sastine qui trouve chez les myxœdémateux un ralentissement de la formation et de l'inhibition des réflexes conditionnés.

Thyroïde non palpable. Métabolisme basal abaissé de 32 0/0. Examen oculaire normal.

Par ailleurs, l'examen met en évidence une sclérose pulmonaire bilatérale, constatée cliniquement et radiologiquement. Crachats muco-purulents, avec de rares bacilles de Koch.

Cœur normal. Artères souples. T. A. : 15-9 (Vaquez). Température régulière autour de 37°. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Urée : 0,20. Examen hématologique : gl. r. : 3.680.000, gl. bl. : 9.800 dont lympho. : 13, moyen mono. : 10, grands : 11, poly. neutro. : 63, éosinophiles 3. Hémoglobine : 67. Valeur globulaire : 0,91 (Mlle Salamon). Urines, sans éléments anormaux.

A signaler en outre plusieurs anomalies régressives : mamelons supplémentaires, hypospadias, hernie inguinale congénitale, ossification du ligament stylo-hyoïdien visible sur la radiographie (Dr Misset).

La radio du crâne montre une selle turcique très vaste. Mais on ne trouve aucun signe d'hypertension endocranienne ni de la série infundibulo-tubérienne. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Antécédents. — Leur recherche a donné des renseignements intéressants. D'une part, débilité mentale chez quatre frères et sœurs et chez six neveux et nièces. Beaucoup présentent des dystrophies, notamment des hernies. De plus, la tuberculose se retrouve dans trois générations successives : la mère du malade et une nièce sont atteintes de lupus.

Au point de vue personnel, d'ailleurs, le malade est un tuberculeux. Il a eu, autrefois, une congestion pulmonaire et une pleurésie. Marié deux fois il n'a pas d'enfant, alors que ses deux femmes ont eu des enfants d'autres unions. Lui-même paraît stérile.

Evolution. — En présence de ce syndrome nous avons institué un traitement thyroïdien : extrait thyroïdien sec en ingestion. Traitement progressif de 10 à 30 centigrammes, prolongé pendant 3 semaines.

Sous l'influence du traitement, semble-t-il, amélioration rapide. La torpeur s'atténue, le délire disparaît. Parallèlement, l'infiltration œdémateuse se résorbe, les poils repoussent, les cheveux, en particulier, poussent noirs, mais les régions pubiennes et axillaires restent presque glabres ; la peau devient moins sèche et les réflexes plus vifs. On diminue la dose à 15 centigrammes, dose d'entretien. A signaler que le rythme cardiaque n'a jamais été notablement accéléré, malgré l'importance des doses prescrites.

Le malade sort dans ces conditions le 10 mai 1933, sans que l'on ait pu refaire un métabolisme basal. On a pu constater alors qu'il n'existait pas d'affaiblissement intellectuel notable.

De retour chez lui, L. interrompt le traitement au bout de 15 jours ; 3 semaines après la suppression du traitement, reparaissent progressivement des troubles mentaux.

Ils consistent d'abord dans une excitation délirante, au cours de laquelle il porte plainte au commissariat de police, contre des persécuteurs imaginaires. Puis il retombe dans sa torpeur, et c'est dans cet état qu'on le retrouve fin juin 1933.

Actuellement, le syndrome mental est comparable à celui de la première entrée. Obtusion, indifférence, onirisme, hallucinations et interprétations épisodiques. On lui a tué sa femme pour la deuxième fois, elle est exposée dans la salle à manger, les rats viennent la grignoter. Accuse un certain M. B. d'être cause de tout. Parfois demande qu'on le défende contre les assassins qu'il voit dans la chambre, se pelotonne dans le fond du lit. Sensiblerie, pleurnicheries puériles.

Même état physique qu'à sa première sortie : l'amélioration de l'état myxœdémateux s'est maintenue. Métabolisme basal diminué de 35 0/0. Le même traitement que la première fois est repris, mais il semble donner des réactions d'excitation avec bouffées anxieuses, réactions motrices intenses, velléités de fuite (1).

En résumé, ce malade, qui est sobre, présente, au cours d'un myxœdème acquis d'allure aiguë, des troubles mentaux que l'on peut ranger dans la confusion mentale hallucinatoire avec anxiété.

Il ne semble pas que, dans un tel cas, on puisse nier, comme certains auteurs (Rosenfeld), une relation de causalité entre les troubles mentaux et le myxœdème. Des cas multiples en ont d'ailleurs été rapportés par Biros, Pilcz, Régis, qui en cite plusieurs. Wagner Jauregg trouve chez 15 0/0 des myxœdémateux adultes des phénomènes délirants. D'ailleurs, dans notre cas, le début simultané des troubles mentaux et du syndrome myxœdémateux aigu, l'influence rapide du traitement, nous semblent confirmer cette manière de voir.

Le traitement améliora parallèlement les signes physiques et les phénomènes mentaux pendant le premier séjour. Après suspension du traitement durant plusieurs semaines, seuls reparaissent les troubles psychiques. L'opothérapie thyroïdienne tire à nouveau rapidement le malade de sa torpeur et paraît même provoquer une certaine excitation.

Il faut maintenant insister sur l'importance du terrain, sur lequel évoluent ces troubles thyroïdiens et psychiques. Notre malade est porteur de tares héréditaires. C'est un débile mental léger; il présente en outre des anomalies morphologiques, mamelons supplémentaires, hypospadias, hernie congénitale, ossifica-

(1) Depuis la présentation le malade est redevenu calme et la conviction délirante s'émousse.

tion du ligament stylo-hyoïdien. D'autre part, il est arrivé au seuil de la vieillesse.

Il reste encore à chercher la cause de l'altération thyroïdienne. Nous n'avons pas la notion d'une thyroïdite antérieure. La syphilis acquise peut aussi être éliminée. Peut-être faut-il chercher cette cause dans la tuberculose pulmonaire fibreuse, dont est atteint depuis longtemps notre malade, peut-être même existe-t-il chez lui une tuberculose inflammatoire scléreuse de la thyroïde (Poncet, Leriche). Seul un examen histologique permettrait de l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de présenter ce malade en raison de la rareté des cas de psychose au cours du myxœdème acquis, non opératoire, surtout chez un homme, alors qu'ils sont relativement plus fréquents chez la femme.

Il est intéressant aussi de signaler la forme des troubles mentaux : confusion hallucinatoire avec stupeur et onirisme rappelant les cas de psychoses toxiques ou toxi-infectieuses ; comme si la thyroïde protégeait normalement le cerveau contre certaines toxines vraisemblablement endogènes, à moins d'accuser de ces méfaits la sécrétion pathologique d'une thyroïde malade.

Sastine. — Réflexes conditionnés dans le myxœdème. *Med. biol. Journal*, t. 6, pp. 470-482, 1930. (En russe : Analyse allemande dans Zentralbl. f. N. u. P. tome 61, p. 237.

Rosenfeld. — Die Beziehungen innersekretorischer Vorgänge zu psychopathologischen Phänomenen. *Zentralbl. f. Neur. u. Psych.*, tome 57, pp. 1-27, 1930.

Poncet et Leriche. — Tuberculose inflammatoire et corps thyroïde. *Bull. Acad. Méd.*, t. 62, pp. 615-626, 1909, et t. 65, pp. 711-731, 1911.

Voir aussi : Scharfetter. Das Myxödem. *In Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*, vol. X, pp. 192-241, 1929.

Lucien, Parisot et Richard. — La thyroïde. *Traité d'endocrinologie*, pp. 295-299. Doin, 1927.

Psychose présénile. Négations systématiques et érotomanie,

par J. Capgras, E. Joaki et Ellenberger.

Halberstadt, dans un article de l'*Encéphale* a, l'an dernier, attiré l'attention sur une variété de psychose présénile caractérisée à la fois par un délire fantasque et par des troubles comparables à ceux de la folie périodique, variété que plusieurs auteurs allemands assimilent, soit à une forme mixte dépressive-paranoïde, soit à la paraphrénie.

Nous observons depuis quelques mois une malade qui nous paraît rentrer dans cette catégorie et présenter quelques particularités dignes d'être signalées.

Observation. — Mlle C..., âgée de 58 ans, est internée à Ste-Anne le 22 décembre 1932, atteinte depuis quatre mois de mélancolie avec idées hypocondriaques.

Jusqu'à cette date elle n'avait jamais présenté de troubles mentaux. Dans son enfance, elle fit deux accès de chorée, à 8 ans et à 14 ans. De condition modeste, elle avait cependant reçu une excellente éducation, et à l'âge de 18 ans elle entra comme dame de compagnie dans la famille H. Elle se trouvait sensiblement du même âge que le fils de la maison, devenu depuis lors un médecin célèbre. Celui-ci, en souvenir des services rendus à sa mère, la traita souvent par la suite gratuitement, et l'opéra de l'appendicite il y a 6 ans. Mlle C.... fut ensuite gouvernante dans diverses maisons, et depuis quelques années elle était surveillante dans un internat de jeunes filles. Très dévouée, très pieuse, elle s'occupait beaucoup d'œuvres charitables. Au dire de sa famille, elle aurait toujours eu un caractère un peu bizarre. Protestante, elle s'était convertie à la secte baptiste. De santé médiocre, elle s'exagérait l'importance de ses troubles, se croyant plus malade qu'elle n'était réellement. Elle avait refusé plusieurs demandes de mariages, prétextant qu'elle ne pourrait avoir d'enfants à cause de sa mauvaise santé.

Le début de sa maladie remonte à juillet 1932, coïncidant exactement avec l'établissement de la ménopause. Les particularités de son caractère s'exagèrent. Devenue à la fois déprimée et agitée, elle ne peut ni travailler, ni se reposer, perd le sommeil et l'appétit, a peur de devenir folle. Elle accuse de nombreux malaises, chaque jour différents : alternatives de refroidissement et de chaleur, palpitations, étouffements, engourdissement, douleurs. L'estomac est lourd, les intestins lui sortent du ventre, les reins sont tordus, les seins rouges et enflammés. Elle craint le cancer. Sous l'effet de l'hyperesthésie génitale, elle commence à se masturber, en éprouve des remords, se croit hystérique, suppose qu'on l'accuse d'avoir accouché récemment. Elle se reproche de n'avoir pas pu arriver à ressembler au Christ.

Admise à l'hôpital Henri-Rousselle le 5 novembre 1932, elle se montre déprimée, hypocondriaque et auto-accusatrice. Elle gémit sans cesse, paraît inquiète et par moments désorientée, ne reconnaissant pas le lieu où elle se trouve, ou disant que tout ce qu'elle voit c'est du cinéma.

Dans le courant du même mois, elle perd dans la même journée un oncle et une nièce. A la suite de ce deuil, elle commence à dire qu'elle ne croit plus à la mort, que son père n'est pas mort, que sa mère elle-même qu'elle a perdue à l'âge de 3 ans, n'est pas morte, etc. Elle s'agite de plus en plus, et elle est internée à Ste-Anne, avec le diagnostic d'affaiblissement intellectuel.

Là, elle se présente comme une mélancolique, hypocondriaque inquiète et méfiante. Elle continue à nier la mort et à prétendre que tous ceux des siens, qu'on dit morts, sont vivants.

Au mois d'avril 1933, soit 10 mois après le début de la maladie, Mlle C... commence à sortir de son état de dépression, et à donner des signes d'excitation. Euphorique, elle ne se plaint plus de sa santé, mais elle a par moments les rires, les éclats de voix, le bavardage et l'instabilité d'humeur d'une hypomaniaque.

En même temps, son délire se transforme. Elle continue à nier la mort, mais de plus elle commence à douter de tout son passé. « Autrefois, dit-elle, j'étais dans l'erreur. Maintenant, je commence à voir clair, c'est un voile qui se lève. » Il lui semble que depuis son enfance elle a été malade. Loin d'assister les autres malades, comme elle le croyait, c'est elle-même qui était malade et les autres la soignaient. Tout ce qu'elle a vécu lui semble faux, tout a été truqué. Depuis son enfance, on ne lui a dit que des mensonges. Elle se demande si ses parents étaient vraiment les siens ou si elle n'a pas une autre origine. Il n'y a pas eu de guerre en 1870. De même, en 1914, il ne s'est rien passé et c'est à tort qu'elle avait quitté le Nord de la France. Le Président Doumer n'a pas été assassiné. D'ailleurs, tout ce que disent les journaux est faux, et elle se demande même si ceux-ci ne sont pas fabriqués spécialement pour elle. Il n'y a plus de catholiques : tous sont devenus protestants, même le Pape. On lui dit qu'elle est à Ste-Anne, elle en doute : c'est plutôt une clinique protestante ou l'église baptiste. Les noms des médecins et des infirmières ne sont que des noms d'emprunt, les malades sont de faux malades. Elle croit reconnaître, sous divers déguisements, des gens réputés morts qu'elle a connus autrefois. Regardant les arbres qui verdissent, elle soupçonne un truquage : peut-être même les fait-on pousser exprès pour elle. Il faut remarquer que la malade n'affirme rien nettement, ajoutant toujours « peut-être » ou « je crois » à ses affirmations. Le sentiment d'étrangeté s'accompagne chez notre malade d'un sentiment de réalité en opposition avec le passé réel qui lui semble faux.

Tel était l'état de la malade depuis environ un mois lorsque, le 12 mai 1933, elle écrivit une lettre, adressée au Dr H. et débutant ainsi : « Mon fiancé bien-aimé ». Elle lui racontait une révélation reçue pendant la nuit. Une voix avait prononcé ces mots : « S'il le faut, comme une glaive, que ton cœur soit percé. » Croyant comprendre par là que le Dr H. était mort, elle s'était mise à prier de façon à pouvoir accepter ce fait, mais la voix avait repris : « Il vit, mais il faut d'abord servir Dieu et l'aimer encore avant lui. » Elle écrivit en même temps une lettre au Dr Capgras, le priant de demander sa grâce au Président de la République, et lui annonçant qu'elle était fiancée avec le Dr H., et « prête à le suivre dès maintenant et à s'unir à lui devant Dieu et devant les hommes ».

A partir de ce jour, et jusqu'à maintenant, la malade prend l'aspect d'une érotomane ; souriante et réjouie, elle accueille aimablement les visiteurs, leur demandant s'ils viennent de la part du Dr H. Elle passe de longues heures devant la fenêtre, pour guetter

son arrivée qui ne saurait tarder. Invariablement, sa conversation revient sur ce sujet unique : son amour. Elle l'appelle son fiancé, parfois son mari, son prince charmant. Elle le fait entrer maintenant dans son délire rétrospectif. C'est lui qui a dirigé toute sa vie, et qui a préparé patiemment depuis 40 ans le jour de sa guérison, enfin arrivé. Après une si longue attente, elle peut bien attendre les quelques jours que son fiancé lui impose ici avant de l'emmener, sans doute pour éprouver son amour, ou bien pour la purifier d'un dernier reste de sa maladie. Lui fait-on remarquer que le Dr H. est marié et père de famille, elle le nie ; c'est impossible, puisqu'il est son fiancé. Ceux que l'on prétend morts sont vivants, de même ceux que l'on a dit mariés ne le sont pas.

Forte de cette conviction, notre malade cherche partout des preuves de l'amour de son fiancé. En lisant la Bible elle comprend, par certains textes, que ceux-ci se rapportent à son sujet. En faisant sa prière, elle comprend que le Dr H. la soutient de son côté par la prière, comme une sorte de suggestion. De plus, il lui parle de diverses façons. Ayant acheté du papier à lettre, elle lit par transparence le filigrane qui contient un message de lui. Une dame lui ayant laissé sa carte de visite gravée, elle la met sur la paume de sa main, cela signifie : « Je t'ai gravée sur les paumes de mes mains », et c'est un message symbolique envoyé par lui.

Les nombreuses lettres que Mlle C. lui écrit reproduisent le type habituel des lettres des érotomanes : protestations d'amour, tendres reproches, avec forces citations bibliques. Parfois, les lettres sont peu cohérentes et prennent un caractère maniaque.

Au cours de cette deuxième période, la malade se montre parfaitement convaincue de ses dires. Elle n'emploie plus, comme par le passé, les expressions « peut-être », « je crois », s'irrite un peu quand on la contredit. Elle n'accuse aucune idée délirante de persécution, mais elle croit qu'on cherche à lui nuire, à la désorienter, afin qu'elle ne trouve pas facilement son fiancé.

*
**

Cette psychose présénile s'est donc manifestée sous une double forme : d'abord dépression mélancolique avec idées de culpabilité et craintes imaginaires, ensuite exaltation euphorique, avec érotomanie. Au cours de ces deux états, elle a présenté en outre un symptôme moins fréquent, celui des méconnaissances systématiques que l'un de nous a rapproché jadis de l'illusion des sosies et qu'ont décrit également G. de Clérambault et Lévy-Valensi.

Cette méconnaissance systématique, ordinairement liée à un degré plus ou moins notable d'affaiblissement intellectuel, symptôme habituel du délire des paraphréniques, marque dans notre

cas le début d'une psychose d'involution, le premier signe d'une démence encore peu appréciable par ailleurs. Il s'est traduit par deux conceptions délirantes en apparence très différentes : 1° la négation de certains événements ; 2° l'érotomanie.

Le délire de négation des mélancoliques et notamment le syndrome de Cotard, conséquence d'un trouble cœnesthésique, porte généralement sur la personnalité, sur l'organisme de l'individu qui nie sa propre existence ou l'existence d'une partie de son corps. Chez notre malade, il s'agit plutôt d'un sentiment d'étrangeté, d'anesthésie morale associé à un état de doute et d'inquiétude et à une dysmnésie favorisée par la sénilité. La perte du sentiment du réel s'étend à nombre de souvenirs et en premier lieu à ceux qui s'accompagnèrent autrefois d'une émotion vive. La malade commence donc à nier la mort de ses parents, puis la mort de tous ceux qu'elle a connus. Elle n'arrive cependant pas à la négation complète de la mort, ni au délire d'immortalité. La méconnaissance s'étend au contraire à tous les événements de sa vie, qu'elle qualifie de mensonges. Elle ne croit ni à la guerre de 1870, ni à celle de 1914, ni à l'assassinat du Président Doumer. Tout devient pour elle une comédie que l'on a imaginée pour la tromper.

Jusque-là, ce délire mélancolique n'a rien de bien particulier si ce n'est la prédominance de ces méconnaissances systématiques. Mais en même temps que ce métabolisme se développe, l'humeur change et le syndrome maniaque apparaît avec tous ses éléments intellectuels affectifs et moteurs : loquacité, euphorie, turbulence. Alors un délire expansif se juxtapose au délire de négation persistant ; une méconnaissance toute différente, positive pourrait-on dire, s'exprime plus catégoriquement que les précédentes. Aucun doute ici ne subsiste. C'est l'affirmation d'un amour partagé, de fiançailles et d'un mariage prochain qu'aucune contradiction ne peut détruire.

La malade se croit aimée d'un médecin qu'elle sait marié, ce qu'elle nie aujourd'hui. Elle se conduit comme une érotomane excitée et graphorréïque qui ne diffère pas, du moins par sa morphologie, du délire passionnel idiopathique. En partie comparable à celle qui a été présentée par Mignot et Belay en décembre 1931, cette érotomane est nettement symptomatique de la psychose maniaque-dépressive, elle-même prodromique, dans la circonstance, d'un état d'involution sénile.

Faut-il, comme le voudraient les auteurs cités par Halberstadt, considérer cette psychose présénile comme une psychose mixte à la fois périodique et paranoïaque? Semblable hypothèse semble

superflue. L'état maniaco-dépressif, à lui seul, suffit à expliquer tous les symptômes. On ne trouve d'ailleurs dans les antécédents de la malade aucun élément de la constitution paranoïaque, mais seulement quelques signes d'hypocondrie ou de psychasthénie. Par contre, elle peut être citée, actuellement, comme exemple de l'état mixte de Kræpelin, les séquelles du délire de négations mélancolique coexistant avec le délire expansif érotique.

Syndrome d'influence symptomatique d'une encéphalite impulsions suicide et homicide, par MM. G. HEUYER et D. LAGACHE.

Le 31 mai 1933 notre malade, passant sur le boulevard St-Michel, tira des coups de revolver sur deux passantes, qu'il ne connaissait pas, blessant l'une d'elles grièvement et l'autre légèrement, et vida le reste du chargeur en tirant sur les agents qui venaient l'arrêter.

Interrogé immédiatement par le Commissaire de police sur les mobiles de son acte, il déclara qu'il avait tiré sur ces passantes inconnues pour prouver que l'homme est le plus fort.

Devant la bizarrerie et l'incohérence de ses explications, le Commissaire de police l'envoya à l'Infirmerie spéciale. Après 6 jours d'examen et d'observation, il fut interné d'office par l'un de nous, avec le certificat suivant :

Le 21 mai 1933. — S. T. (30 ans).

Syndrome d'influence. Sentiment d'être obligé à agir malgré lui dans certaines circonstances. Peu de systématisation et imprécision des explications. Un mystérieux personnage est en lui, agit en hypocrite. Eléments hallucinatoires rares : quelquefois on lui parle, on l'appelle : « chéri », on lui fait des propositions amoureuses. Mais surtout on travaille son cerveau ; on le drogue. Sentiment de dédoublement de sa personnalité : il entend chanter en lui en même temps qu'il écrit. On lui parle dans les jambes : « voix de sa conscience ». Automatisme peu verbal, surtout moteur. Impulsions involontaires variables : chants, marche, besoin de se déplacer. Conscience d'un état morbide. Introspection. Pas d'affaiblissement psychique. Incapacité de formuler verbalement les sensations confuses qu'il éprouve. Interprétations de troubles cénesthésiques divers : céphaliques, thoraciques et des membres. Prédominance des impulsions motrices sur les idées et les formules verbales. Pas de délire systématique. Départ brusque de Tunisie en 1925 sous une impulsion étrangère. Consultations spontanées à l'asile Ste-Anne en 1926 et en 1929, à la suite d'une opération de hernie. Préoccupations sexuelles. Interprétations. Pensait qu'on lui avait greffé par expérience des testicules de singe. En 1929, tentative de suicide (coup de revolver dans le crâne, section du nerf optique droit) et dans la région précordiale. Le 17 mai dernier, a tiré

sans raison des coups de revolver sur des passantes qu'il ne connaissait pas. Explication bizarre : voulait tuer des femmes parce que l'homme est le plus fort. Acte automatique de même caractère que les impulsions habituelles. Pas de regrets. Souffrance de son état (avait acheté le revolver pour se suicider). Chômage depuis 7 mois. Pas d'alcool.

Signes neurologiques : Tremblement fibrillaire de la langue. Tremblement palpébral et lingual. Ebauche de roue dentée du bras droit. Diminution de l'automatisme de la marche à gauche. Narration de crises de sommeil à l'âge de 7 ans. Probabilité d'encéphalite ancienne avec obsessions-impulsions actuelles plus motrices qu'idéiques.

Signé : Dr Heuyer.

Il est actuellement interné à l'asile de Villejuif, dans le service des aliénés dangereux, de M. Paul Abély, qui a bien voulu nous permettre de le suivre.

Le certificat que nous avons rédigé résume exactement l'état de ce malade. Quand nous l'avons interrogé, et actuellement encore, il nous explique que depuis 1925 il se sent influencé et même possédé par un individu qui habite en lui et dirige tous ses actes. C'est sous l'action de ce sentiment d'influence et de possession qu'il a accompli une série de réactions anormales : en 1925, il a quitté brusquement la Tunisie pour venir en France ; en 1929, il a fait une tentative de suicide et récemment il a eu cette impulsion homicide.

Il présente un minimum d'hallucinations auditives. A certaines périodes, il s'est entendu appeler par son prénom, suivi d'un mot d'affection : « chéri ». Dans d'autres circonstances, on pourrait penser qu'il présente des hallucinations psycho-motrices verbales liées à la marche ; à certains moments, son persécuteur lui aurait adressé des paroles scandées selon le rythme de la marche. Mais une analyse plus poussée, à laquelle il se prête fort bien, réduit ses hallucinations verbales greffées sur la marche à des troubles psycho-moteurs. Il raconte que, malgré lui, il marche, qu'il ne peut rester en place, quand il marche il entend « tac, tac, tac », et il ajoute : « ce sont des paroles si vous voulez, pour moi ce n'est pas quelqu'un ; par moment, en marchant, j'entends quelque chose que je cherche à écarter, des sons assez secs comme les petits chocs que vous faisiez, sur le bureau, en tapant avec le porte-plume, c'est la cadence de la marche ».

Sur des explications et des questions peut-être suggestives, il accepte l'idée que ce qu'il perçoit, c'est le bruit de ses pas, c'est le mouvement de ses jambes qu'il isole et auquel il porte une attention excessive.

Mais il ne présente pas d'écho de la pensée. Il ne présente non plus d'hallucination psychique impérative. Il est impossible de trouver, dans son récit, des formules hallucinatoires verbales précises. Dès qu'un terme semble se préciser, une correction immédiate

réduit cette fausse hallucination à une impulsion ou à un mouvement. Ses hallucinations verbales se réduisent à ces simples formules : « Quelqu'un en moi disait : non, je ne l'ai pas entendu dire, mais j'ai senti un tremblement nerveux dans ma main comme il ne s'en était jamais manifesté », ou bien : « quelque chose en moi disait... j'ai l'impression que... », ou encore : « en m'endormant, j'entends : chéri, comme une sorte de commandement ».

Nous n'avons pas trouvé non plus d'énonciation et commentaire des actes.

En revanche, il nous a dit bien souvent, quand nous lui demandions la source des faits dont il nous faisait le récit, qu'il l'avait deviné ou senti ; il a le sentiment qu'on le devine, qu'on peut le deviner ou tout au moins que nous, les médecins, devons le deviner, le comprendre et l'expliquer à lui-même.

De même sa pensée est troublée et ce trouble de la pensée se manifeste par des perturbations de la lecture et par des « chansons involontaires ». Quand il était enfant, il lisait à haute voix et ne pouvait apprendre qu'en parlant. Maintenant, il lit mentalement ; parfois il est arrêté, ne comprend pas ; il lit attentivement, mais son esprit, malgré lui, se porte ailleurs.

Les impulsions qu'il éprouve se manifestent dans toutes les actions de sa vie. Quand il se promène il est porté, malgré lui, à siffler, surtout à chanter, malgré lui il s'y laisse aller et, d'ailleurs, en éprouve de la satisfaction. Il nous explique que ces impulsions ne sont pas volontaires et il nous donne la différence qui existe entre un chant volontaire et un chant involontaire : « Si je chante volontairement, c'est devant une société, si je suis dans la tranquillité, mais si, *tout à coup*, mon esprit est parti à chanter, ce doit être anormal, sans aucun commandement, ou peut-être un commandement invisible. »

Ainsi le syndrome d'automatisme mental, qui existe et reste essentiel, est réduit au minimum ; quelques hallucinations auditives, sentiment de prise de la pensée, aprosexie, intuitions, hétéro-impulsions.

Sur ce sentiment de n'être plus maître de sa pensée et de ses mouvements, se sont développées des interprétations délirantes, notamment des idées de possession, de transformation corporelle et de changement de sexe.

C'est depuis 1925 qu'il a commencé à éprouver cet étrange et pénible sentiment d'influence et de possession et peu à peu d'autres interprétations sont venues enrichir le délire : « En Tunisie, je n'avais rien qui agissait sur moi ; j'ai été comme trahi, on a été hypocrite, on ne m'insultait pas, mais on agissait sur mon cerveau à distance ; j'étais comme attiré par quelqu'un ; tout tournait autour de moi comme si j'avais été drogué. C'est une boisson qui a agi sur mon cerveau et sur mon être ; je ne me sentais plus maître de moi ; cette boisson, c'était du Porto additionné de sang menstruel. J'ai un cas de conscience inexplicable, la drogue que l'on m'a fait absorber a mis en moi le cadavre de ma mère que j'avais embrassé. »

Pour échapper à ce sentiment de possession, qu'il attribue à l'absorption de la drogue, il fuit à Sfax, puis en France, dans un état d'extrême anxiété. Mais à Marseille, on a continué à influencer son cerveau « par l'action de la masturbation », et surtout, dit-il, parce qu'il avait respiré, dans les draps de son lit d'hôtel, de la « coco » qu'une femme y avait laissée. « La coco, avec l'espèce de Porto qu'on m'a fait boire, m'ont fait reconstituer en moi-même l'époque de la Révolution française ; je voyais dans l'atmosphère toutes sortes de choses, et notamment, à la fenêtre de ma chambre d'hôtel, je voyais tomber des têtes. »

En 1926, il arrive à Paris, et c'est alors que le sentiment de transformation corporelle vient s'ajouter au sentiment de possession. Déprimé, dormant mal, il va consulter un médecin, qui lui conseille du gardénal et du cratoégus. Le premier médicament fait bâiller un singe qu'il regardait, le second le fait se gratter et il voyait « tout le monde se gratter le cul comme le singe ».

Puis le sentiment de possession s'objective dans la présence d'un homme, probablement professeur, qu'il rencontre dans un cinéma et qu'il suppose être Voronoff. Ce personnage ayant éternué plusieurs fois, lui aussi, par la suite, éternua. Sans doute sous l'emprise de ce nouveau personnage, il se fait faire une opération « qui, peut-être, n'était pas indispensable ». Quelque chose lui disait d'aller à l'Hôpital. Il subit à Broussais la cure radicale d'une hernie. Immédiatement après l'opération, il éprouve le sentiment d'une transformation corporelle. « A mon retour de l'opération, j'ai eu l'impression qu'on m'avait coupé les jambes ; on m'a greffé des glandes de singe, j'en suis sûr, et je me suis trouvé dans la position d'un singe, les mains aux genoux, accroupi sur le lit, j'avais des points noirs sur les mains et les genoux comme les singes, et de l'huile de saillie sur la verge. » A la faveur de la greffe, l'opérateur entre en lui, se donne à lui. Il l'entend dire pendant la marche des paroles scandées : « Nous avons les mêmes empreintes, à nous deux maintenant. » Sous cette inspiration, il se croit Napoléon, il croit devoir faire Napoléon, il en prend les attitudes, sort en chemise de l'Hôpital, où on le ramène. Il ignore si on lui a greffé des glandes de singe ou de guenon. Il éprouve un sentiment de changement de sexe, ou un état d'ambivalence. Déjà, auparavant, peut-être même dans l'adolescence, la largeur de son bassin et la finesse de ses mains lui avaient fait se demander s'il n'était pas femme. Au même thème, se rattache l'interprétation d'une photographie de femme, épinglée dans l'atelier où il travaillait, et que l'on avait ornée de moustaches ; or, il en portait lui-même à cette époque. Donc, allusion évidente de l'entourage malveillant à ce changement de sexe.

A ces sentiments de transformation corporelle et de changement de sexe, doivent être rattachées des formules de négation d'organes. Il n'a plus de cerveau, il n'a plus de poumon droit, il est un cadavre vivant, cette formule étant liée au premier sentiment de possession par le cadavre de sa mère.

Au total, il se sent comme la victime d'un châtiment et d'une malédiction ; il paie pour tout le monde.

Sur ce fond d'idées de possession, de sentiment de transformation corporelle, se manifestent, par période, des impulsions diverses, accompagnées souvent de paroxysmes anxieux.

Linotypiste au *Journal Officiel,* il eut l'idée de tuer un ouvrier qu'il devinait être son persécuteur. A la suite d'un refus de congé, qu'il estima injuste, il eut l'idée de tuer le directeur, afin de montrer que la mauvaise organisation de son établissement devait être réformée.

En 1927, il alla consulter dans un service libre de l'Asile Ste-Anne. Il raconta son histoire, et notamment celle de la greffe. Quelques mois après, il y retourna disant qu'il « était doublé » et qu'il ne voulait pas garder sur la conscience une fille qui avait été violée par les Fratellini. Albert Fratellini avait violé une fille avec laquelle il s'exhibait et quelque chose en lui disait : « Fratellini a quelque chose sur la conscience. » Il alla même jusqu'à la porte du Cirque d'Hiver, mais il se dit : « Tu vas aller tuer cet homme, tu ne sais rien de ce qu'il a fait. »

Alors il revint à l'hôtel et tenta de se tuer. La tentative de suicide aurait été impulsive : « J'ai eu une impulsion brusque, j'ai acheté un revolver et je me suis suicidé. » Une balle dans la région du cœur, qu'il conserva longtemps sous la peau, dans la région précordiale, et une dans la tête, qui lui sectionna le nerf optique droit, ne parvinrent pas à le tuer. Il guérit en 8 jours des accidents méningés consécutifs à sa blessure cranienne. Son délire ne fut pas modifié après cette tentative de suicide : « Depuis, j'ai toujours été doublé. »

Il était en chômage depuis 6 ou 7 mois lorsque, le 31 mai 1933, il tira Bd St-Michel sur les deux femmes, qu'il ne connaissait pas : « Les femmes sur lesquelles j'ai tiré ne se moquaient pas de moi, c'est *lui* qui m'a ordonné de tirer, il s'est servi de mon bras pour tirer ; j'avais un revolver chez moi pour toute éventualité d'une deuxième tentative de suicide. Quand je suis sorti de l'hôtel, c'était avec l'intention de me tuer. Mais déjà, sur le Bd St-Michel, au moment de tirer le revolver de ma poche, le coup est parti ; une femme s'est sauvée en criant, elle croyait que j'avais tiré sur elle. C'est un peu plus loin que quelqu'un en moi a dit qu'il fallait que je tire. Je ne l'ai pas entendu dire, mais j'ai senti dans la main un tremblement nerveux qui ne s'était jamais manifesté. J'ai voulu tuer une femme pour prouver que l'homme est le plus fort. »

Il regrette son acte, mais ce n'est pas sa faute, c'est son persécuteur qui l'y a poussé. Il dit encore qu'il a tué pour mourir, parce qu'on l'empêchait de se suicider.

En résumé, il s'agit d'un syndrome d'influence et de possession, avec des idées de transformation corporelle ; à la base est un syndrome d'automatisme mental réduit au minimum.

Il y a peu, ou il n'y a pas, d'hallucinations psychiques ou psychomotrices verbales. Ce qui domine, c'est le sentiment d'une force intérieure irrésistible, des impulsions contre lesquelles il cherche quel-

quefois à lutter ; elles ont un caractère parfois obsédant, se traduisent par une lutte anxieuse, qui, une fois même, aboutit à une tentative de suicide.

Les idées délirantes d'influence, de possession et de transformation corporelle sont mal systématisées et sont le résultat d'interprétations fondées sur des troubles cénesthésiques et des préoccupations sexuelles diverses, dans lesquelles on peut trouver le souvenir de déceptions sentimentales et amoureuses antérieures.

Déjà l'ensemble du syndrome indique qu'il ne s'agit pas d'une psychose d'influence ou de possession habituelle, dans laquelle l'automatisme mental est beaucoup plus riche, au moins dans ses phénomènes subtils.

Certaines impulsions ont un caractère de demi-conscience de leur nature pathologique, qui les rapproche des véritables obsessions.

Or, ce malade présente une série de symptômes neurologiques : il a un tremblement fibrillaire de la langue, constant, qui rappelle le tremblement fibrillaire qu'on observe dans l'encéphalite épidémique; il a aussi un tremblement palpébral et un tremblement digital ; pendant la marche, on constate une perte de l'automatisme associé du bras gauche et il existe des deux côtés, mais plus particulièrement à gauche, un symptôme de la roue dentée qui est perceptible non seulement au tact, mais à la vue.

La ponction lombaire donne les résultats suivants : tension 20-25 — albumine 0,25 — réaction de Pandy négative — cytologie 2 — W. négatif — benjoin 0000002200000000 — Meinicke négatif — sucre 0,42.

Or, spontanément, Santini nous déclare que, dans son enfance, vers 6 ou 7 ans, il éprouvait des somnolences, des envies irrésistibles de dormir : « Je me retirais de table et j'allais dormir, j'avais des vertiges. » Il ne paraît pas avoir eu de diplopie.

A 18 ans, à la suite d'un état fébrile qu'on a étiqueté paratyphoïde, il aurait eu des somnolences prolongées et actuellement encore, dans la journée, il aurait des envies involontaires de dormir.

Ces symptômes antérieurs et actuels nous permettent de rattacher l'ensemble du syndrome à une encéphalite épidémique. L'élément essentiel nous paraît être ces impulsions irrésistibles diverses, dont les plus importantes ont été des impulsions suicide et homicide, qui sont si fréquentes dans l'encéphalite épidémique et souvent intermédiaires à des obsessions vraies, telles que nous en avons rapporté dans cette maladie, et à des hétéro-impulsions qui font partie du syndrome d'automatisme mental, quelquefois au complet et quelquefois dissocié.

Le contenu verbal hallucinatoire est réduit au minimum. Quant aux idées délirantes d'influence, de possession, de transformation

corporelle, de changement de sexe, de perte d'organes, elles sont mal systématisées, instables, liées à une grande richesse d'explications et de suppositions, qui trouvent leur source ou dans des intuitions, ou dans des interprétations délirantes. Il serait possible d'expliquer l'organisation de ce délire par toutes les préoccupations sexuelles antérieures de ce malade. Mais cette explication ne concernerait que le contenu du délire. Les éléments essentiels d'impulsion obsédante et d'automatisme mental ont leur origine dans l'encéphalite antérieure signée par les signes neurologiques actuellement constatés.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de montrer ce malade, qui fut pendant plusieurs années un aliéné en liberté. Il présente cette particularité pittoresque que M. le Procureur général à la Cour de Cassation, le citait au dernier Congrès de Médecine légale comme un regrettable exemple de ces aliénés dangereux pour lesquels un dépistage précoce est nécessaire. Or, ce malade est allé lui-même à 3 reprises, à une consultation psychiatrique de l'Asile Ste-Anne ; il y énonça très complètement son délire et ses intentions homicides ; entré libre à l'asile il en sortit libre aussi. Le clown célèbre qu'il voulait alors tuer ne s'est jamais douté du danger qu'il avait couru.

Il est bien évident que dans l'état actuel de nos moyens de défense contre les aliénés dangereux, le médecin de la consultation ne pouvait rien faire. A ce point de vue, j'avais l'intention d'appuyer, au Congrès de Médecine légale, la proposition faite par M. Claude dans la déclaration obligatoire des malades mentaux reconnus dangereux pour la sécurité publique. Je regrette d'avoir été dans l'incapacité de le faire. Il est vrai que j'aurais insisté aussi sur l'impossibilité théorique et pratique, pour les services libres, de l'arrestation préventive de cette sorte d'aliénés dangereux qui restent et qui resteront les clients obligatoires des services de police chargés de la protection et de la défense sociale. Ce n'est d'ailleurs qu'épisodiquement que nous insistons sur cet intérêt partiel de notre présentation, nous réservant de reprendre dans son ensemble cette question, qui est loin d'être épuisée.

M. Courtois. — L'hyperglycorachie n'existe qu'au début de l'encéphalite, puis disparaît souvent quand celle-ci devient chronique. Ce cas montre le danger que les impulsions, séquelles fréquentes de l'encéphalite, font courir à l'entourage des encéphalitiques, ainsi que l'impossibilité où l'on est de soigner dans des services ouverts, de tels malades.

Un cas de perversion infantile par encéphalite épidémique précoce diagnostiqué sur un syndrôme moteur fruste, par MM. Georges Heuyer et Jacques Lacan.

L. 14 ans. — Sexe masculin. Aucune anomalie dans les stades du développement somatique et mental. Rien d'autre dans les antécédents familiaux, qu'une fausse couche de la mère.

Actuellement, niveau mental nettement supérieur, aux tests de Terman. Q I = I. L'enfant, néanmoins, n'a pu passer son certificat d'études primaires, du fait d'un retard scolaire, causé par les renvois successifs qui ont mis fin, dans des délais toujours assez brefs, à chacune de ses nombreuses expériences scolaires. Après divers essais infructueux dans plusieurs écoles communales, il n'a pu être gardé non plus dans des établissements de rééducation spécialisés. Une tentative récente de placement en apprentissage chez un orfèvre a échoué également.

Les manifestations qui rendent son adaptation impossible sont apparues entre l'âge de six et sept ans. Elles n'ont pas depuis changé essentiellement de fréquence ni de caractère.

Il s'agit d'impulsions perverses, le plus souvent malignes, fréquemment agressives et dangereuses. Elles surviennent de façon très brusque, sous une forme le plus souvent très inattendue. Il n'y a pas d'amnésie ; l'enfant ne manifeste aucun remords à leur sujet. Il est difficile actuellement, après de nombreux examens médicaux, d'apprécier à l'interrogatoire le degré de leur caractère coercitif dans la conscience de l'enfant.

Une des plus éclatantes parmi les premières manifestations fut que l'enfant s'exhiba déshabillé en pleine classe, à l'âge de 7 ans. On l'amena consulter alors à la Clinique psychiatrique de Ste-Anne, où l'examen neurologique et humoral (ponction lombaire pratiquée), fut déclaré négatif.

Depuis, on peut noter une suite ininterrompue d'initiatives malignes, dont les plus graves et les plus brutales sont aussi les plus impulsives et les moins complexes. Ces brutalités s'exercent le plus souvent sur des camarades d'école : coups, cruautés, farces perverses. Tout récemment, il devait quitter un internat professionnel à l'usage des enfants difficiles pour avoir grièvement blessé à la main, d'un coup des pointes d'une fourchette, un de ses voisins de réfectoire. Revenu chez ses parents, il provoque chez ceux-ci les plus grandes craintes pour ses deux sœurs, une son aînée, l'autre plus jeune. sur lesquelles il exerce les mêmes sévices.

Il faut noter également un vol impulsif, qui a mis fin à la récente tentative d'apprentissage, où l'enfant s'était au reste montré peu apte manuellement.

Mise à part une légère lenteur psychique, le contact avec l'enfant se

montre, à l'interrogatoire, normal. On n'a pas l'impression d'un schizoïde, mais plutôt d'un épileptoïde. Seule sa réaction, quand on évoque ses méfaits, reste énigmatique par son atonie.

Les parents et les éducateurs, à bout de ressources, envoient l'enfant à notre consultation, il y a 3 mois.

Nous constatons un faciès un peu figé, un balancement normal des membres supérieurs pendant la marche, pas de signe d'hypertonie manifeste, pas de signe dit de la roue dentée, pas de troubles de la réflectivité tendineuse.

Mais, par contre, un syndrome moteur, fruste certes, mais sur la netteté duquel nous désirons attirer l'attention : un tremblement palpébral marqué dans le mouvement tenu de la fermeture des paupières, un tremblement fibrillaire de la langue, des fibrillations concomitantes de l'orbiculaire des lèvres. L'écriture, d'autre part, montre un très fin tremblement, d'une grande ténuité certes, mais qui suffit au premier regard à la classer dans les écritures dites « neurologiques ».

Il est à remarquer, en outre, que les tests d'adresse manuelle étalonnés, dont nous nous servons dans notre service pour l'orientation professionnelle des enfants ont donné, appliqués à notre sujet, des résultats d'une anomalie absolument hors pair. Ces tests consistent en serrages d'écrous, enfilages d'aiguilles, de perles, ajustages de chevilles et comportent un travail de triage et de manipulation des objets qui permet de juger la motricité de l'enfant, et d'en dissocier les facteurs primaires des divers niveaux d'organisation dont elle est susceptible (attention, rythme, éducabilité, discernement, organisation). Le travail est observé, chronométré et noté sur quatre quartiles étalonnés par l'expérience. Chez notre enfant, qui ne présente aucun signe de débilité motrice, tous les résultats sans exception se situent à la limite inférieure du dernier quartile. Ces résultats se révèlent à l'observation comme dus avant tout à l'extrême lenteur des mouvements ; ensuite viennent des erreurs fréquentes d'attention, des chutes fréquentes des objets, une certaine puérilité du comportement qui se marque dans une mauvaise observation du travail à faire. Le noyau moteur de cette réaction est donc une bradykinésie qui vient s'ajouter aux signes déjà notés.

Une parésie de la convergence oculaire vient signer la portée de tout ce syndrome et nous permet de donner sa valeur véritable à un antécédent infectieux précoce, survenu à l'âge de 2 ans, et qui s'est manifesté pendant sept ou huit mois par une somnolence permanente dont les sollicitations extérieures ne tiraient le jeune sujet que de façon toute instantanée. Des périodes de somnolence ont été notées depuis à plusieurs reprises. Récemment encore, l'enfant s'endormait sur son travail d'apprenti-orfèvre.

En l'absence de tout signe neurologique ou humoral plus précis (B.-W. dans le sang négatif. P.-L., B.-W. négatif. Alb. : 0,20.

Sucre : 0,70. Un élément par mm³), ce syndrome moteur fruste et ces antécédents nous permettent, croyons-nous, d'affirmer la pathogénie des troubles du caractère, et de les rattacher à ceux qu'on décrit classiquement dans la névraxite épidémique.

Ce cas nous a paru intéressant à communiquer pour inciter à rechercher les symptômes les plus frustes de l'organicité, chaque fois qu'on se trouve en présence de cette classe de troubles, définie de façon purement résiduelle et certainement hétérogène, qu'on appelle les perversions instinctives essentielles de l'enfant.

Etat démentiel chez un enfant, consécutif à une intoxication oxycarbonée chronique, par MM. G. HEUYER et J. DUBLINEAU.

Le cas que nous présentons offre un double intérêt :

1° Au point de vue *étiologique,* il s'agit d'une intoxication oxy-carbonée *chronique,* peu intense, mais répétée, provenant d'infiltrations souterraines émanant d'une conduite de gaz, et rendue insidieuse par la désodorisation de ce dernier.

2° Au point de vue *symptomatique,* cette intoxication a provoqué des troubles passagers chez un certain nombre de personnes, mais elle a entraîné chez notre enfant un arrêt du développement intellectuel, avec perte rapide des notions acquises et modification du comportement affectif, bref, un état de *démence* caractérisée.

OBSERVATION. — S. Pierre, fut examiné par nous pour la première fois, à 6 ans, en février 1932, pour un arrêt de développement datant de l'âge de 4 ans.

Histoire de la maladie. — A cette date, il était, depuis deux ans, victime, ainsi que sa famille, d'une intoxication chronique, qui s'était révélée à intervalles variables, par de petits signes entrecoupés de périodes à peu près normales. L'intoxication était causée par du gaz échappé d'une conduite de la rue, et rendu inodore par filtration progressive à travers le sol. Cette circonstance explique que, pendant trois ans, la nature exacte des troubles ait pu passer inaperçue.

Les premiers malaises apparurent pendant l'été de 1927. A cette date, M. S., sous-officier de gendarmerie, vint s'installer dans la caserne de C., avec sa femme et ses enfants.

Dès ce moment commencèrent, chez tous les membres de la famille, malaises et maux de tête, qui persistèrent pendant un an environ. A ce moment (été 1928), une nuit, Pierre est pris de vomissements. Son père, en se levant, perd subitement connaissance. Sa mère se

précipite, mais chancelle également. Ces malaises, faute de mieux, sont attribués à la chaleur.

Le 17 février 1929, vers 2 heures du matin également, l'enfant vomit à nouveau. Le père et la mère s'affaissent en se portant vers lui, et doivent rester alités cinq jours. On incrimine alors un tirage défectueux de la cheminée.

Le 12 septembre 1930, les mêmes phénomènes se reproduisent, la mère étant prise en plus de pertes et d'hémorragies. Mais les spécialistes ne peuvent mettre en évidence du gaz d'éclairage dans la pièce.

Enfin, quelques jours plus tard, dans un corps de bâtiment voisin où la famille, en désespoir de cause, s'était réfugiée, tous les membres, une nuit, sont pris simultanément de malaises très intenses (vertiges, vomissements), avec, chez Pierre, perte de connaissance qui dura plusieurs heures.

Finalement, d'autres personnes du quartier ayant été incommodées, l'origine et la nature de la fuite sont reconnues. Les réparations arrêtèrent aussitôt tous les troubles signalés.

Cependant, dans la famille de M. S., de petits troubles existaient depuis plusieurs mois. La fille aînée se plaignait depuis longtemps de maux de tête, qui disparaissaient quand elle partait en vacances chez sa grand'mère. Entre temps, un troisième enfant était né, qui dépérissait rapidement et qui reprit dès qu'il fut retiré du domicile familial.

Par ailleurs, la grand'mère ne pouvant se charger des trois enfants, Pierre était resté chez ses parents.

Or, c'est chez lui que des troubles spéciaux apparurent. Jusqu'alors, il avait été normal à tous points de vue. Souvent, cependant, comme sa sœur, il se plaignait de la tête. Mais les médecins pendant longtemps ne purent attribuer de cause précise à ces malaises. On incriminait le climat, comme pour les autres enfants.

A la suite de l'intoxication massive de septembre 1930, les faits s'aggravèrent brusquement. Pierre commença à présenter des absences chez lui et à l'école. Une note de la directrice précise ainsi les faits : « (L'enfant, à l'école maternelle depuis l'âge de deux ans, est) « un gentil petit élève, très intelligent, très actif. Tous les petits « exercices de son âge (exercices d'observation, d'attention, mouve- « ments d'ensemble, jeux), sont exécutés avec précision, les réponses « sont claires et justes ; on devine un enfant bien doué ; il nous « donne toute satisfaction.

« Or, vers le mois d'octobre 1930, nous nous apercevons que « Pierre ne sait plus se mettre en rang, il n'écoute pas les explica- « tions données par la maîtresse, les jeux ne l'intéressent plus, son « allure est changée ; il ne sait plus conduire ses petits camarades « dans les mouvements d'ensemble, lui, qui savait si bien suivre le « rythme du piano. Ne nous expliquant pas cette attitude si nouvelle « de l'enfant, nous prévenons la maman. Depuis fin octobre, l'état

« de Pierre ne fait qu'empirer. Actuellement (17 décembre), il nous « est impossible de garder Pierre à l'école maternelle. »

L'enfant devenait en effet de plus en plus agité, allant et courant sans but d'une pièce à l'autre. En même temps réapparaissaient énurésie et incontinence. Enfin, le langage cessa brusquement. Les nuits devinrent mauvaises, entrecoupées de terreurs, de cauchemars, avec visions effrayantes de personnages et d'animaux.

Les faits durèrent en l'état un an environ. Puis, l'agitation s'atténua progressivement. L'enfant recommença à prononcer quelques mots, parut avoir mieux la notion des choses. L'énurésie disparut à nouveau. Le comportement parut plus normal.

Néanmoins, quand il nous fut amené, en février 1932, Pierre présentait des signes de déficience intellectuelle, avec agitation motrice, instabilité, cris, turbulence désordonnée, accès de rire sans cause, indifférence affective et extérieure. Les questions demeuraient sans réponse, aussi était-il difficile de chiffrer le retard acquis de l'enfant. Toutefois, certains petits indices permettaient de prévoir une ébauche de récupération. Pierre commençait à s'amuser, essayait d'écrire, de colorier des images. Il paraissait, d'après les parents, comprendre un peu mieux que précédemment ; il manifestait un certain intérêt pour la musique et les petits faits de la rue.

Dans les mois qui suivirent, l'enfant fut soumis à un traitement arsenical : l'agitation se calma, mais l'état mental ne se modifia pas : l'enfant, que nous revoyons après un an et demi d'absence, ne parle toujours pas. Néanmoins, il paraît avoir fait quelques progrès : il peut construire (?) quelques jouets simples au mécano ; il réussit, sur sollicitations *réitérées,* à s'habiller en partie. Mais, dans tous ses gestes, il semble surtout qu'il soit capable d'imiter plutôt que de se souvenir. Livré entièrement à lui-même, il présente une activité manuelle et psychique des plus rudimentaires. Au point de vue affectif, il reconnaît sa famille, présente quelques élans affectueux, est assez craintif quand on veut l'examiner, mais dans l'ensemble, il est indifférent à la plupart des circonstances extérieures.

Antécédents. — Nous avons recherché bien entendu chez notre enfant les faits qui auraient pu justifier une prédisposition à l'éclosion de troubles mentaux.

1° Dans ses *antécédents héréditaires,* on ne trouve rien de particulier. Les parents, tous deux âgés de 37 ans, sont vigoureux. Rien n'est décelable chez les autres ascendants.

2° Pierre a une sœur de 12 ans et demi, un petit frère de 5 ans, tous deux bien portants et mentalement normaux.

3° Enfin, dans ses antécédents personnels, on ne relève rien d'anormal. Le premier développement a même été rapide (première dent à 4 mois, premiers pas à 12 mois, premiers mots à 8 mois, premières phrases à 15 mois. Propreté à 12 mois. Pas de convulsions). Signalons toutefois une rougeole à 2 ans 1/2.

Signes physiques. — L'examen neurologique est presque négatif ; les réflexes tendineux sont faibles (surtout les rotuliens). Il n'y a pas de Babinski. On ne constate ni tremblement (sauf peut-être un léger tremblement fibrillaire de la langue), ni salivation.

Signalons, par contre, chez Pierre, quelques petites malformations : gros crâne, microdontie, dents en palette, signe de Gaucher, ébauche de fossette coccygienne.

Au point de vue biologique, les examens pratiqués en février 1932 montrèrent dans le *sang* une formule normale au point de vue globulaire, avec légère mononucléose (43 %). La *ponction lombaire* révélait une légère hyperglycorrachie (0 gr. 89 par litre). Le *Bordet-Wassermann* était négatif dans le sang.

L'examen des yeux montrait (Dr Dubar) une légère décoloration des papilles, sans atrophie nette. La macula était normale.

Commentaires. — Cette observation appelle les réflexions suivantes :

I. Nature de l'intoxication. — Sans insister sur le fait de l'intoxication oxy-carbonée, qui n'est pas douteuse, il est plus intéressant de noter que celle-ci doit à un certain nombre de coïncidences de s'être prolongée, ou, du moins, répétée. Cette répétition s'échelonne sur plusieurs mois, entrecoupée d'intervalles devant lesquels elle a pu exister à l'état fruste et passer ainsi inaperçue. Pour ces raisons, l'épithète de chronique nous paraît justifiée pour la désigner. Si son existence a pu prêter à discussion et les décisions nécessaires à sa suppression s'en trouver retardées, c'est que le gaz d'éclairage s'était désodorisé en traversant certaines couches de terrain.

II. Analyse de l'état mental. — La nature de l'état mental ne fait également pas de doute. Comme nous l'avons vu, Pierre s'est présenté véritablement, à partir d'un certain moment, comme un petit dément. Par ailleurs, il s'agit d'un enfant qui avait quatre ans quand les troubles ont commencé. On sait combien est délicate, à cet âge, l'appréciation du déficit intellectuel. Certes, il est possible de différencier les états acquis des déficits congénitaux. Mais cet état acquis suppose à son tour deux éventualités : fixation à l'âge d'apparition des troubles, ou, au contraire, régression. Or, cette dernière peut n'être qu'apparente. Souvent elle ne répond qu'à l'oubli de notions encore peu adhérentes à la personnalité. La démence ne peut s'affirmer, en partie au moins, qu'en suivant l'évolution ultérieure, et sur la constatation de l'impossibilité pour l'enfant, d'acquérir de nouvelles notions. Dans le cas particulier, on a assisté, après un état sta-

tionnaire d'une année, à une lente récupération, qui s'est accompagnée d'ailleurs de progrès moteurs (disparition de l'énurésie et de l'incontinence qui avaient réapparu). Depuis, Pierre n'a pas confirmé ces progrès. Il reste actuellement un arriéré dont l'âge mental ne peut être chiffré.

Dans le domaine affectif, les témoignages de la famille et de l'école concordent pour insister sur l'indifférence qui a accompagné l'arrêt intellectuel.

Enfin l'instabilité, les cauchemars, l'anxiété nocturne, incohérente, qui ont marqué le début des troubles mentaux, en septembre 1930, traduisent l'existence d'une sorte de phase subaiguë dont l'état démentiel ultérieur figurait en somme les séquelles.

III. Discussion étiologique. — Plus délicate est la question de savoir dans quelle mesure cette démence doit être rapportée à l'intoxication oxycarbonée. Nous savons que, chez l'adulte, des états démentiels ont été décrits à la suite d'empoisonnements par l'oxyde de carbone. Ces cas, rapportés et résumés dans la thèse de Desoille, sont dûs à une intoxication aiguë. Nous n'en avons pas trouvé dans la littérature qui eussent trait à une intoxication fragmentée et prolongée. Chez notre enfant, la régression psychique paraît avoir été relativement rapide (quelques semaines). La notion d'un mode de début relativement subaigu la rapprocherait dans une certaine mesure, en l'absence de signes d'encéphalite infectieuse, des états de *démence infantile de Haller.*

Il convient de noter que, des trois enfants, seul le second a été touché. La raison en est simple et nous paraît presque un argument d'ordre expérimental : des trois enfants, lui seul avait subi l'intoxication depuis le début. Les deux autres avaient été confiés à la grand'mère, en raison des malaises ou du dépérissement inexplicables qu'ils présentaient. Certes, la fille aînée, qui était revenue pour quelques jours chez elle, en septembre 1930, fut alors soumise à la même intoxication que son frère, mais, plus résistante, elle n'en souffrit pas autrement par la suite. Peut-être faudrait-il retenir, d'autre part, chez Pierre, l'existence de petits signes de dégénérescence (macrocéphalée, signe de Gaucher, fossette coccygienne, etc.). Rien ne permet ici de suspecter une étiologie hérédosyphilitique. Peut-être, néanmoins, pourrait-on penser que l'oxyde de carbone aura touché de préférence un cerveau congénitalement plus fragile. On retrouve ici le problème si difficile de l'électivité du toxique en fonction du terrain, problème sur lequel on insiste actuellement, à juste titre, pour toutes les intoxications exogènes.

Conclusion. — De petites intoxications répétées par oxyde de carbone, provenant de fuites de gaz d'éclairage désodorisé, ont pu déterminer chez un enfant jusque-là normal, un arrêt du développement intellectuel et affectif à type démentiel. Peut-être cet arrêt s'est-il produit sur un cerveau prédisposé.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse et seul le fait de la démence consécutive à l'intoxication chronique nous paraît devoir ressortir de cette observation.

M. Courbon. — Dans le cas particulier, il importerait de bien connaître quel était l'état mental antérieur de cet enfant qui, à première vue, rappelle autant l'idiot que le dément. Le fait que ses parents n'ont jamais consenti à se séparer de lui, alors qu'ils constataient pourtant que l'envoi des deux autres enfants chez les grands-parents, leur était salutaire, demanderait à être éclairci. Ils expliquent qu'ils le gardaient parce qu'ils l'aimaient trop. Souvent, ces excès d'affection des parents ont pour base l'arriération de l'enfant qu'ils ne peuvent confier à personne à cause de son insociabilité pathologique.

M. Heuyer. — En même temps que l'observation de cet enfant, j'avais l'an dernier l'intention de présenter, au mois d'octobre, l'observation d'une malade que j'ai pu observer pendant 5 ans.

Dans le courant de l'année 1928, cette femme, âgée de 32 ans, à l'occasion d'une rupture sentimentale, fit une tentative de suicide au gaz d'éclairage. On la trouva inanimée dans sa salle de bains, où elle avait ouvert les robinets du gaz.

Ayant été appelé par mon collègue, le Dr Paraf, je la vis, le jour même, dans une maison de santé la plus proche de son domicile, où on l'avait transportée d'urgence. Elle sortait alors du coma. Le soir, et pendant la nuit, elle fut prise d'une crise d'agitation et dut être transportée dans une maison de santé pour maladies nerveuses. Pendant 15 jours, elle présenta un état de confusion, avec onirisme, agitation anxieuse, intense. Peu à peu, l'anxiété diminua et persista seulement l'état confusionnel.

Je portai alors un pronostic favorable, pensant logiquement que cette confusion devait guérir. Elle dura plus de 6 mois. Puis, peu à peu, l'état confusionnel parut s'atténuer et le pronostic se réaliser. Mais, après 4 ou 5 mois d'oscillations, peu à peu la malade devint indifférente, inerte, totalement inactive, puis elle montra un véritable puérilisme, fabriquant des poupées en lainage, de faux bijoux avec des bouts d'étoffe et des brins de laine. Elle répondait d'un ton enfantin et toujours souriant. Elle passa de maison de santé en maison de santé et elle est, actuellement,

à la maison nationale de St-Maurice, chez M. le Dr Daday, qui, l'an dernier, me permit de la réexaminer.

Elle avait alors l'aspect d'une démente à un stade déjà avancé: totalement indifférente à sa situation, désorientée, paraissant réfugiée dans un délire imaginatif de rêverie, se donnant le nom de son ancien amant, disant qu'elle était désormais mariée avec lui, et ne sortant pas de ce délire, assez pauvre, mais fixé et stéréotypé. La chronicité de cet état s'affirmait de plus par la transformation physique de la malade, qui a pris un embonpoint considérable. L'état démentiel paraît actuellement incontestable.

Nous voulions rapporter, l'an dernier, ces deux observations de démence, l'une chez un enfant, l'autre chez un adulte qui paraissent nettement consécutives à une intoxication par les gaz carbonés. Avec quelque retard, nous présentons actuellement ces deux observations qui s'ajoutent à celles qui ont été rapportées récemment par M. Courtois.

Manie intermittente et hyperplasie hypophysaire,

par X. et P. Abély, Couléon et Trillot.

Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation d'une malade atteinte de psychose périodique et chez laquelle l'examen anatomo-pathologique a révélé l'existence d'une hyperplasie de l'hypophyse.

Il s'agit d'un cas tout à fait classique de manie intermittente ayant débuté il y a 12 ans. La malade a eu six accès maniaques qui furent violents, mais d'assez courte durée, évoluant en un mois. Le début en était rapide et la terminaison brusque. La crise maniaque était typique avec agitation motrice intense, cris, chants, violences. Les divers médecins qui ont traité la malade n'ont pas varié dans leur diagnostic. Le premier accès eut lieu à l'âge de 29 ans, sans qu'il ait été possible d'en déceler une cause même occasionnelle. Les crises se sont succédé à des intervalles réguliers : un an, 3 ans 1/2, 5 ans, 1 an 1/2, 1 an 1/2.

Nous n'insisterons pas sur la description de cette psychose périodique. Nous ne retiendrons que les points particuliers susceptibles d'établir quelques relations entre la clinique et les données anatomiques.

Les accès étaient précédés d'un amaigrissement considérable, tandis que dans l'intervalle la malade reprenait un embonpoint assez marqué.

Quelques jours avant l'accès, l'insomnie était déjà profonde.

Les règles étaient supprimées au cours de la crise.

Au début de chaque accès, on pouvait noter une élévation thermique aux environs de 38° qui se maintenait au cours de la crise pendant une huitaine de jours. Aucune cause infectieuse ne pouvait expliquer cette hyperthermie.

Ce sont là sans doute des signes d'observation assez courante au cours des états maniaques. Ils n'en sont pas moins à souligner, car on peut, entre autres pathogénies, les expliquer par des troubles de la région hypophysaire et infundibulo-tubérienne.

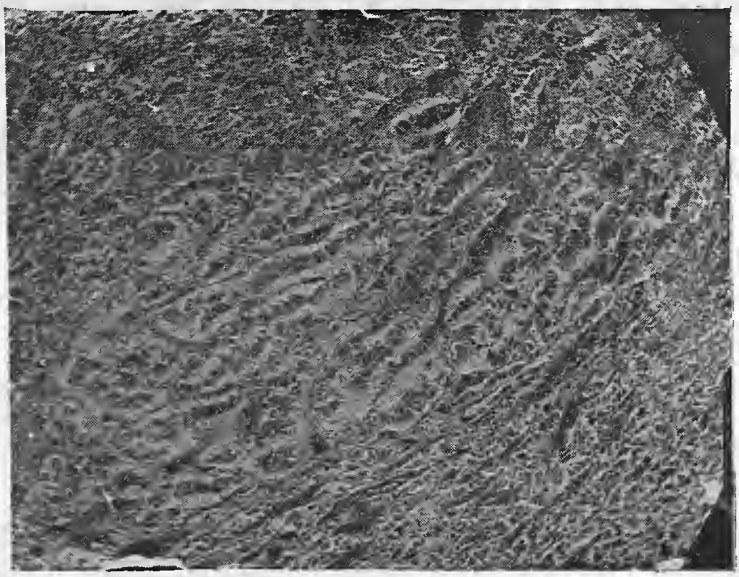


FIG. 1. — Petit adénome enchassé dans le tissu hyperplasié du lobe antérieur de l'hypophyse.

Nous avons retenu d'autres traits plus particuliers à notre malade :

Elle était sujette, pendant la période intercalaire, à des céphalées, qualifiées de migraines, avec nausées. Un des prodromes des accès sur lequel l'entourage ne se trompait guère, était la recrudescence et la constance de cette céphalée accompagnée de vomissements. La malade localisait sa douleur à la partie inférieure de la nuque et accusait une sensation très pénible de constriction cranienne. Cette céphalée cessait dès que survenait l'agitation. Au cours de l'accès, la malade n'accusait aucune douleur de tête, en revanche, les migraines reprenaient lorsque l'accès était terminé. Rappelons à ce propos que plusieurs auteurs, Pardée, Timme, Martinet, auraient obtenu des succès remarquables par l'usage d'extraits d'hypophyse dans le traitement de la migraine qu'ils attribuaient, dans de nombreux cas, à un trouble du fonctionnement de cette glande.

Nous noterons encore que l'un des accès a été nettement en rapport avec la terminaison d'une grossesse ; il a débuté 10 jours après l'accouchement.

Ajoutons que cette malade n'a jamais présenté ni glycosurie, ni polyurie, ni aucun signe du syndrome acromégalique.

Cette malade est morte au vingtième jour de son accès maniaque d'une maladie intercurrente. Elle nous était arrivée cette fois dans un état très marqué d'amaigrissement et de cachexie. Il était difficile de l'alimenter. Le cœur était rapide et mal frappé. En même temps, l'agitation était extrême. En ce moment, sévissait dans le service une épidémie de grippe ; la malade fut elle-même atteinte et l'infection prit rapidement chez elle une allure grave et généralisée. La fièvre oscillait entre 39° et 38°. La malade se plaignait de douleurs musculaires. Les poumons présentaient des signes de congestion. Les urines étaient rares et contenaient de l'albumine. Un léger subictère était apparu, d'ailleurs vite dissipé. On constatait aussi des troubles intestinaux. Mais surtout le cœur était déficient, malgré tous les toni-cardiaques prescrits. La malade mourut le neuvième jour de cette infection par suite de son insuffisance cardiaque. Il y a lieu de préciser que l'agitation a persisté jusqu'au dernier jour, en gardant son caractère maniaque. Elle n'a jamais pris le type du délire aigu. Aucun symptôme confusionnel n'a été observé. La malade est restée jusqu'au dernier moment partiellement consciente de son état.

L'examen anatomique et histologique nous a montré les lésions suivantes :

Les divers organes, à l'exception du système nerveux, présentaient les altérations aiguës habituellement observées au cours des toxi-infections.

Le cœur était flasque, couleur feuille-morte. Microscopiquement on constatait une atrophie pigmentaire des fibrilles avec tuméfaction du sarcoplasme.

Tous les autres organes : foie, rate, reins, poumons, pancréas, offraient un aspect congestif. L'examen histologique montrait :

Au niveau du poumon, des lésions de congestion et d'emphysème.

Au niveau du rein, des lésions de néphrite aiguë, surtout marquées dans la zone de l'épithélium secréteur.

Au niveau du foie, de la congestion généralisée avec des lésions de dégénérescence graisseuse périportales et une réaction conjonctive assez marquée.

Au niveau du pancréas, de l'hyperhémie et des zones de dégénérescence graisseuse.

Au niveau des surrénales, de l'ovaire, de la thyroïde, il n'y avait rien d'anormal à noter.

Quant au système nerveux, il ne présentait aucune anomalie, aucune lésion appréciable, tant au point de vue macroscopique que microscopique. L'examen histologique des différentes parties de l'écorce, des noyaux gris centraux, du cervelet, du bulbe, n'a montré rien de notable. Les cellules nerveuses peuvent être considérées

comme normales, quant au protoplasma, au noyau, au prolongement. Les cellules névrogliques et leurs prolongements sont en proportions normales. On ne trouve donc au niveau du cerveau aucune des lésions rencontrées chez les sujets morts de délire aigu, secondaire à une maladie infectieuse, sur lesquels Marchand a insisté : périvascularite, satellitose, nodules inflammatoires, altérations cellulaires. Nous insistons sur ce point pour montrer que l'infection terminale n'a pas atteint le cerveau et que la seule lésion observée que nous allons maintenant décrire ne peut être attribuée à ce processus infectieux.

Cette lésion essentielle porte sur l'hypophyse : macroscopiquement, cette glande s'est montrée volumineuse, présentant une grosseur presque double d'une glande normale. Elle pesait 95 centigr., alors que le poids normal est de 40 à 50 centigr. Elle était manifestement hyperhémiée dans son ensemble, mais l'augmentation de volume portait surtout sur le lobe antérieur.

A l'examen histologique, on ne note rien de particulier dans le lobe nerveux en dehors d'une légère congestion. Par contre, dans le lobe glandulaire on observe des modifications très nettes : les capillaires aux parois dilatées sont plus nombreux qu'à l'ordinaire et donnent à l'ensemble du lobe un aspect congestif. Les cellules chromophiles sont considérablement plus nombreuses que les cellules chromophobes. De plus, on découvre, enchassée dans la glande, une petite tumeur microscopique, de forme ovalaire, mal délimitée, constituée par une prolifération de cellules chromophiles, se présentant en boyaux pleins et gardant leurs rapports intimes avec les capillaires. Rappelons que la cellule chromophile représente la cellule glandulaire en pleine vitalité, selon Rémy Collin et que, pour Cushing, Dott et Belley, qui ont étudié plusieurs centaines d'adénomes hypophysaires, l'adénome chromophile donne toujours des symptômes d'hyperhypophysie.

En outre, dans le lobe intermédiaire, très vascularisé et riche en acini colloïdes, existent trois kystes contenant de la substance colloïde. L'un d'eux est plus volumineux et l'on peut suivre, sur son pourtour, les restes d'un revêtement constitué par un épithélium cylindrique cilié, d'origine embryonnaire probable. Ces kystes, de types divers, ne sont pas rares, mais ce sont des trouvailles d'autopsie n'ayant donné aucun signe clinique (1).

En somme, à côté de lésions précises : adénome microscopique et kystes, nous avons trouvé un lobe glandulaire antérieur volumineux, congestif, hyperplasié, extrêmement riche en cellu-

(1) Nous teuons à remercier M. le Professeur Roussy et son assistant le Dr Perrot qui ont bien voulu examiner cette hypophyse au laboratoire du Centre Anticancéreux.

les chromophiles, indices manifestes d'une hypophyse en hyperactivité. Nous avons essayé de montrer par quelques particularités cliniques qu'entre cette lésion et l'accès maniaque de notre malade, il y avait peut-être plus qu'une coïncidence. On ne saurait évidemment tirer des conclusions générales d'un cas unique. Nous avons simplement voulu apporter une contribution clinique et anatomique à l'étude des relations possibles de la psychose intermittente et des troubles de certaines glandes endocrines dont l'hypophyse.

M. MARCHAND. — Les adénomes de la partie antérieure de l'hypophyse sont de fréquentes trouvailles d'autopsie chez des sujets ayant présenté des syndromes très divers. Celui-ci est petit. Comment les auteurs expliquent-ils qu'une lésion si minime puisse déterminer une psychose qui date de plus de 12 ans ?

M. Henri CLAUDE. — Pareille lésion est en effet assez fréquente chez divers malades mentaux, non seulement dans l'hypophyse, mais dans d'autres glandes, surtout les parathyroïdes et les surrénales.

M. Xavier ABÉLY. — Nous ne prétendons pas attribuer au petit adénome de cette hypophyse une importante valeur étiologique. Il ne peut être comparé aux grosses tumeurs adénomateuses qui donnent un syndrome acromégalique. Il n'a pour nous qu'une signification ; il est la signature de l'hyperactivité glandulaire de cette hypophyse. C'est cette hyperactivité du lobe glandulaire tout entier, démontrée par le volume de ce lobe, par son état congestif, par sa richesse en cellules chromophiles, qui nous paraît le fait essentiel. Cet hyperfonctionnement ne représente peut-être qu'un stade momentané, lié à l'accès maniaque et auquel peut succéder une phase fonctionnelle toute différente pendant la période intercalaire. Il est évidemment impossible d'affirmer un rapport direct entre cette hyperactivité et la crise maniaque et nous ne présentons cette relation que comme une hypothèse.

A propos de la réaction de Zondek dans les états maniaques,

par MM. Henri CLAUDE et J. R. CUEL.

Au cours de l'année 1931-32, M. P. Abély, avec MM. Passek, J. Roger et Couléon (Société médico-psychologique, 27 juillet 1931 et 11 février 1932), ont étudié l'action de l'urine des malades

périodiques sur l'évolution du tractus génital des souriceaux mâles (réaction de Zondek).

Ces auteurs ont trouvé la réaction de Zondek positive dans la majorité des cas, lorsqu'il s'agissait de phase maniaque au début de la psychose périodique. La réaction demeurait négative, au contraire, dans les cas d'états maniaques symptomatiques d'affections diverses, en dehors de la psychose périodique, aussi bien que pendant les phases mélancoliques des intermittents.

Dans une première série de recherches, M. P. Abély et ses collaborateurs ont injecté pendant deux jours consécutifs 1 cm^3 1/2 d'urine sous la peau de l'animal. Quatre souriceaux de 3 semaines étaient employés par chaque malade étudié. Un premier animal était sacrifié après 8 jours, deux autres après 15 jours et le dernier dans la troisième semaine.

Dans les cas de manie vraie, la réaction a été trouvée positive au cours de la seconde semaine et suivie d'un état d'atrophie réactionnelle après la troisième semaine.

Les mêmes auteurs ont ensuite tenté une seconde série d'expériences, comprenant 23 cas, avec une technique différente.

Ils injectent alors quotidiennement pendant dix jours 0 cm^3 5 d'urine à des souriceaux mâles par voie sous-cutanée. Parallèlement, d'autres animaux sont injectés avec du liquide céphalo-rachidien.

Les résultats obtenus dans cette seconde série sont de 22 cas positifs sur 23 et l'hyperplasie de l'appareil génital des animaux injectés est accompagnée d'un accroissement pondéral très important de ces mêmes animaux.

Vivement intéressés par ces recherches, nous avons eu le désir de les reprendre et d'en préciser les résultats.

Nous nous sommes limités à l'étude des urines de maniaques.

Par suite de diverses circonstances, à cause de la difficulté qu'il y a d'observer des maniaques au début de leur accès, de la mortalité d'un assez grand nombre d'animaux pendant les expériences, sept cas seulement ont pu être étudiés complètement et eux seuls seront envisagés ici.

Voici quelle a été la marche de nos opérations :

Nous avons d'abord étudié l'évolution normale du tractus génital des souriceaux impubères. Nous avons noté ainsi que cette évolution était assez variable suivant les animaux, que le passage de stade impubère au stade adulte se faisait à des moments assez différents, même chez des individus provenant d'une même portée, et qu'il n'y avait pas de parallélisme rigoureux entre le poids des animaux et le stade évolutif de leur appareil génital.

Nous avons ensuite essayé la marche de la réaction en employant de l'urine de femme gravide.

Enfin, nous avons entrepris l'essai de l'action de l'urine provenant de malades maniaques, hommes ou femmes.

Nous nous sommes astreints rigoureusement à n'employer que des animaux de trois semaines, animaux nés au laboratoire et ne présentant pas entre eux plus de 48 heures de différence. Leur poids était de 7 à 8 grammes en moyenne.

Six animaux mâles ont été employés par chaque malade étudié: trois animaux d'expérience et trois animaux témoins.

Les premiers recevaient chaque jour, pendant 10 jours, en injection sous-cutanée, 0 cm^3 5 d'urine fraîche.

Tous les animaux, injectés et témoins, étaient placés dans les mêmes conditions d'habitat, de température et de nourriture. Ils étaient sacrifiés ensemble trois jours après la dernière injection.

Nous avons recherché des malades au début de leur accès maniaque et dont les commémoratifs permettaient de porter, d'une façon aussi sûre que possible, le diagnostic de psychose périodique.

Les animaux étaient pesés soigneusement au début de l'expérience puis à la fin.

Par analogie avec ce qui est pratiqué lorsque la réaction de Zondek est étudiée au moyen de l'urine de femmes enceintes et suivant les indications qu'a bien voulu nous donner obligeamment M. Hinglais, nous n'avons considéré comme positifs que les cas où le développement du tractus génital est évident, nettement de type adulte et sans point de comparaison possible avec les organes des individus témoins.

Nous n'avons pas retenu les cas où il existait un léger accroissement des vésicules séminales car, d'après nos observations (et ce fait nous a été confirmé par ailleurs), chez des animaux témoins de même âge, le volume du tractus génital et notamment des vésicules, peut normalement varier du simple au double et même davantage.

Nos résultats ont été dans l'ensemble les suivants :

I. — En ce qui concerne le poids des animaux, nous n'avons trouvé aucune différence nette et régulière entre le poids des animaux en expérience et celui des animaux témoins. Si, dans un cas, par exemple, les animaux injectés avaient en moyenne un poids supérieur de 2 à 3 grammes à celui des animaux témoins, la moyenne du poids des témoins était supérieure à celle des animaux injectés dans deux autres cas.

II. — En ce qui concerne l'hyperplasie du tractus génital, c'est-à-dire la réaction de Zondek proprement dite, une seule fois nous avons obtenu une réaction indubitablement positive sur un animal en expérience, les deux autres de la même série n'ayant présenté aucune modification notable.

A noter que, lors de l'étude d'un autre cas, nous avons vu, chez deux animaux témoins, un développement plus marqué que chez les animaux injectés de la série.

Pour tous les autres animaux sacrifiés, injectés ou témoins, il n'existait pas de différence sensible quant à l'appareil génital et particulièrement quant aux vésicules séminales entre les animaux du premier groupe et ceux du second.

*
**

Les cas que nous avons étudiés sont certes trop peu nombreux pour qu'il nous soit possible d'en tirer une conclusion définitive.

Il nous semble seulement que, devant la discordance des résultats obtenus, la question de la positivité de la réaction de Zondek au cours des périodes maniaques de la psychose intermittente ne peut être considérée comme résolue et qu'en raison de l'importance théorique et pratique qu'elle présente, il serait intéressant de poursuivre sur ce point de nouvelles recherches.

M. Henri Claude. — Nous avons accueilli, M. Cuel et moi, avec beaucoup d'intérêt la communication de MM. Abély, car le problème de la nature des réactions de type maniaque joue un rôle primordial en psychiatrie. S'agit-il d'un état périodique vraisemblablement curable, s'agit-il d'une crise d'excitation maniaque qui précède l'éclosion d'un autre état psychopathique, délirant ou démentiel ? Tel est le problème qui se pose constamment à nous. C'est pourquoi nous avons espéré trouver dans les faits relatés par les auteurs un élément de diagnostic biologique. Nos expériences ne nous ont pas apporté la confirmation de nos espérances. Nous n'avons vu en général que des réactions insuffisamment caractéristiques pour pouvoir attacher à l'épreuve une valeur réelle. Il en est malheureusement souvent ainsi avec les tests d'ordre biologique; les faits ne s'inscrivent pas avec la régularité des réactions chimiques, aussi ne peut-on se défendre à l'égard des réactions biologiques d'une certaine défiance. Il y a dans les cas rapportés quelques indications qui fournissent des éléments de présomption en faveur d'une hyperactivité hypophysaire. L'avenir dira si elles sont justifiées.

M. Paul Abély. — Je remercie tout d'abord MM. Claude et Cuel d'avoir bien voulu s'intéresser à nos recherches. Leur contrôle et leurs critiques s'ajoutent à celles déjà publiées par certains auteurs étrangers et constituent pour nous un aide et un encouragement dans la poursuite de ces travaux. Comme eux, je reconnais que la pratique biologique, surtout en psychiatrie, est remplie d'embûches et exige dans tous les cas une extrême prudence dans l'interprétation des résultats. C'est d'ailleurs pour ce motif que pendant les 3 ans de nos expériences, nous n'avons publié que deux courts articles, nous réservant pour plus tard de présenter un rapport plus complet lorsque nous aurons accumulé épreuves et contre-épreuves, groupé les succès et les données contradictoires et étudié par des procédés différents le fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse.

Dans les critiques et à propos des résultats qu'exposent MM. Claude et Cuel, je vais me permettre de discuter quelques points particuliers : tout d'abord, je désirerai dissiper un malentendu possible :

En effet, dans ces expérimentations, nous utilisons plus la technique de Zondek que la réaction elle-même, c'est-à-dire que notre idée directrice est de rechercher dans les urines des maniaques la présence d'hormones ou de substances chimiques capables de produire sur le tractus génital du souriceau mâle des effets comparables à ceux de la réaction de Zondek. Secondairement et sans certitude, nous supposons qu'il s'agit de produits sécrétés par la pré-hypophyse. (Ce fut la phrase qui marqua les premières lignes de notre première publication).

Il est évident que la condition physiologique ou biologique d'un maniaque n'a aucun rapport avec celle d'une femme en état de grossesse et rechercher des résultats strictement identiques dans les deux cas serait faire preuve d'un empirisme pour le moins excessif. Aussi, dans notre seconde publication, avons-nous défini ce que nous appelions une réaction positive. Elle comprenait la triade suivante :

a) Augmentation plus rapide et plus précoce des poils des souriceaux injectés par rapport aux souriceaux témoins ;

b) Augmentation du volume des vésicules séminales — *contrôle macroscopique* atteignant par rapport à la réaction de Zondek une intensité moyenne (de 3 à 5 fois le volume normal) ;

c) une spermatogénèse, précoce et intense, en contradiction avec l'âge pondéral de l'animal — *contrôle histologique.*

C'était par la présence de ces trois symptômes que nous quali-

fions la réaction de positive — son intensité étant dosée par l'intensité des symptômes *b*) et surtout *c*).

Les 3 symptômes n'étaient pas fatalement parallèles dans leur importance, *b*) pouvait être faible et *a*) fort ainsi que *c*) ou inversement.

Mais dans tous les cas, nous considérions comme négatives toutes les réactions où l'examen histologique était négatif. En cela, nous ne faisions que respecter les directives de Zondek qui signalent « qu'assez souvent » il arrive que les réactions négatives macroscopiquement se montrent positives à l'examen histologique.

MM. Claude et Cuel nous objectent que certains souriceaux, même avec un poids de 6 à 8 grammes, peuvent présenter une puberté spontanée précoce.

Ce fait n'avait jamais été signalé dans les publications faites à ce propos et l'on considérait que jusqu'à 10 grammes (limite inférieure extrême), un souriceau était impubère. Nous avons donc opéré en ignorant totalement cette donnée. Mais, néanmions, nous prenions chaque fois les animaux issus de la même portée, née dans notre laboratoire, ne dépassant jamais 10 grammes et ainsi nous avons obtenu sur 40 cas, 35 cas histologiquement positifs. Il faudrait envisager la possibilité d'une exceptionnelle malchance, parce que sur 40 souriceaux théoriquement impubères, il s'en fut trouvé les trois quarts, présentant une spermatogénèse précoce.

Dans nos expérimentations, qui atteignent actuellement un chiffre assez important, nous avons pu d'ailleurs, constater des résultats paradoxaux par rapport à la réaction de Zondek. C'est ainsi que nous avons constaté que les cas négatifs provenaient habituellement d'erreurs féminines. Egalement, l'utilisation du sexe féminin chez le souriceau ne nous donnait en général aucun résultat.

Nous avons ensuite employé des lapines (isolées depuis un mois et selon la méthode américaine), nous n'avons abouti qu'à des insuccès, dans 5 cas seulement d'ailleurs.

Nous avons l'intention d'utiliser le lapin mâle impubère.

En somme, notre impression actuelle et encore imprécise nous fait penser que l'urine des maniaques, surtout en période de début, contient des substances chimiques capables de provoquer sur le tractus génital du souriceau MALE des effets très voisins de ceux obtenus par des urines de femmes enceintes, mais non parfaitement identiques. Nous continuons à croire que le lobe antérieur de l'hypophyse joue dans la psychose maniaque

dépressive un rôle important, qu'il y a lieu de poursuivre dans cette voie des recherches biologiques et qu'il faut surtout accumuler des résultats nombreux contrôlés histologiquement avant de conclure dans un sens quelconque.

M. R. Mignot. — Je puis citer un cas récent en faveur de la valeur de la réaction de Zondek pour le diagnostic de la manie. Cette réaction fut recherchée chez une malade dont on voulait savoir si elle n'était pas devenue enceinte lors des excès génitaux qu'elle accomplit au début de son accès. La réaction fut positive et pourtant l'échéance du terme de la grossesse supposée démontra que la fécondation n'avait pas eu lieu.

La séance est levée à midi.

Les Secrétaires des séances,
P. Courbon et P. Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 6 Juillet 1933

Présidence de M. J. LHERMITTE

Syndrome de Schmidt à évolution aiguë,

par MM. Jacques DECOURT et L. BALDENWECK.

MM. J. Decourt et L. Baldenweck présentent une femme de 37 ans, atteinte deux ans auparavant d'une paralysie faciale gauche et qui a fait récemment, du côté droit, un syndrome de Schmidt complet et pur, à évolution aiguë et actuellement en voie de régression. La syphilis n'est pas en cause. L'examen du liquide céphalo-rachidien a révélé une lymphocytose isolée, qui plaide en faveur d'une lésion infectieuse, dont les auteurs discutent la nature.

DISCUSSION

M. ANDRÉ-THOMAS pense qu'on ne peut éliminer formellement la syphilis dans l'étiologie de ce syndrome. M. *Garcin* souligne l'intérêt physiologique de la topographie des troubles de la sensibilité, dans des cas semblables, pour la connaissance de l'innervation de la conque de l'oreille.

Myoclonies rythmées du voile du palais, des lèvres et du larynx,

par MM. J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et J.-O. TRELLES.

Un malade, âgé de 60 ans, atteint de syndrome pseudo-bulbaire, présente, en outre, des myoclonies rythmées à la cadence de 175 par minute, portant sur les muscles de la commissure buccale droite, les muscles du voile du palais et des piliers du pharynx, enfin sur les muscles élévateurs du larynx. Dans le même temps, on voit s'abaisser la luette et le palais membraneux, se plisser la commissure buccale et subir un mouvement d'ascension le cartilage cricoïde.

Ces myoclonies survenues à la suite de plusieurs ictus, semblent ici, comme dans les cas précédents, être liées à une lésion de la calotte protubérantielle et plus particulièrement du faisceau central. En effet, dans ce nouveau cas, le syndrome pseudo-bulbaire semble, de par ses caractères cliniques, répondre à une altération de la protubérance.

Les travaux récents de Freemann et de Riley confirment ceux de Charles Foix et Hillemand, de Lhermitte, Gabrielle Lévy et de Trelles.

DISCUSSION

M. ANDRÉ-THOMAS ne croit pas légitime d'incriminer uniquement le faisceau central de la calotte dans la pathogénie de ce syndrome, d'autres fibres descendantes, telles que celles des pes lemnisci profonds, de la substance réticulée jouent un rôle. M. Y. *Bertrand* opine dans le même sens. M. *Lhermitte* rappelle les observations anatomo-cliniques récentes qui montrent le bien-fondé de la thèse de Foix et ses élèves.

Un cas de syndrome de Klippel-Feil avec quadriplégie spasmodique,

par MM. GUY-LAROCHE et Boris KLOTZ.

Les auteurs présentent une malade de 22 ans, atteinte de syndrome de Klippel-Feil avec quadriplégie spasmodique. L'association de syndrome de Klippel-Feil et de troubles nerveux est exceptionnelle. On ne connaît dans la littérature que deux cas analogues. Les troubles nerveux dépendent-ils de compressions artérielles comme Guillain et Mollaret en avaient émis l'hypothèse dans leur cas personnel, ou s'agit-il ici de troubles nerveux dûs à un spina bifida de la première dorsale associé au syndrome de Klippel-Feil ? Les auteurs ne peuvent conclure de par le seul examen clinique, mais soulignent l'intérêt de l'association de ce double syndrome.

DISCUSSION

M. MOLLARET insiste sur l'intérêt de ce cas qui, joint aux antérieurs, montre qu'il ne s'agit pas là d'une association fortuite, mais témoigne du caractère évolutif du syndrome de Klippel-Feil.

Paraspasme facial bilatéral post-encéphalitique,

par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Jean FOUQUET et B. KLOTZ.

Présentation d'un malade atteint de spasme facial supérieur consécutif à une encéphalite. Les crises localisées aux orbiculaires et aux sourciliers consistent en contractions toniques et petites secousses cloniques qui aboutissent à l'occlusion involontaire des yeux. Il s'agit d'une affection organique analogue au paraspasme facial de Sicard et Hagueneau. Elle est cependant différente par l'âge du malade, qui n'a que 31 ans, et l'étiologie infectieuse. En somme, il existe à côté du paraspasme des sujets âgés, des formes atypiques d'origine encéphalitique qu'on peut voir chez les jeunes. Dans les deux cas, les lésions siègent vraisemblablement dans les régions thalamiques ou sous-thalamiques et le dérèglement du système vago-sympathique n'est pas sans jouer un rôle dans l'éclosion des accidents.

DISCUSSION

MM. Henry MEIGE et CHRISTOPHE rappellent à propos de ce cas les différents types du paraspasme facial.

Torticolis spasmodique et sclérose en plaques, par MM. G. Guillain et P. R. Bize.

MM. G. Guillain et P.-R. Bize rapportent l'observation d'un malade atteint de sclérose en plaques chez lequel apparut, au cours d'une poussée évolutive, un torticolis spasmodique. Cette association exceptionnelle est intéressante ; elle constitue un appoint à l'hypothèse de la possibilité des localisations mésencéphaliques et plaques de sclérose.

Discussion

M. Barré rappelle qu'il a publié un cas semblable dans son rapport à la Société de Neurologie en 1929. M. *Alajouanine* a observé deux cas similaires.

Un cas de maladie osseuse de Paget à déterminations exclusivement crâniennes. Surdité. Double souffle aortique. Origine hérédo-syphilitique probable, par MM. Léon Michaux et Jean Hesse.

Il s'agit d'une observation de maladie de Paget chez un homme de 53 ans. Début à 48 ans par augmentation de volume du crâne. Apparition de céphalée, de surdité à type central. Hyperplasie cranienne considérable. Dilatations veineuses superficielles. Evolution par poussées ostéogéniques et douloureuses, escortées de troubles vaso-moteurs. Aspect radiographique typique du crâne. Intégrité de la face et du reste du squelette. Double souffle aortique. Hypertension artérielle. Calcification des artères fémorales. Hypercalcémie. Kératite interstitielle ancienne. Antécédents familiaux fortement suspects de syphilis ; négativité de l'examen du liquide céphalo-rachidien. L'existence de l'aortite peut dépendre de la syphilis ou de l'athérome associé.

Discussion

M. Lhermitte rappelle la fréquence de la syphilis chez les pagétiques (8 sur 10), quant aux altérations artérielles, très fréquentes aussi, elles sont dûes à la mobilisation sanguine du calcium.

Paraplégie flasque foudroyante. Méningiome spinal avec hémorragies intra et péri-tumorales, par MM. Lévy-Valensi, Justin Besançon, Cuel et Leblanc.

Les auteurs présentent l'observation anatomo-clinique d'un sujet atteint de paraplégie flasque à début foudroyant en relation avec des hémorragies autour et dans un méningiome de la région cervicale. Cette tumeur à peu près latente, s'était manifestée quatre ans plus tôt par une monoplégie transitoire du membre inférieur.

Neurinome des nerfs mixtes : prolongement extracranien de la tumeur, par MM. Georges Guillain, Yvan Bertrand et Jean Lereboullet.

Présentation d'un cas de neurinome des nerfs mixtes, dont la symptomatologie simulait celle d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux du côté droit : syndrome cérébelleux statique avec hypotonie, nystagmus rotatoire horaire, abolition du réflexe cornéen et paralysie faciale du côté droit, surdité presque complète du même côté avec aréflexie labyrinthique et hypo-

excitabilité des canaux verticaux. L'examen anatomique montra que la tumeur, qui englobait les nerfs mixtes, présentait deux prolongements : un prolongement extra-cranien qui, sorti par le trou déchiré postérieur, comprimait le golfe de la jugulaire et atteignait la carotide et un prolongement intra-cérébelleux sons forme d'un kyste gliomateux. Histologiquement, il s'agissait d'un neurinome typique.

Hémangiome kystique du IV^e^ ventricule ; syndrome vestibulo-spinal ; nystagmus de position, par MM. Georges GUILLAIN, M. AUBRY, I. BERTRAND et J. LEREBOULLET.

Ces auteurs rapportent un cas d'hémangiome kystique du IV^e^ ventricule, dans lequel le diagnostic avait pu être fait par la constatation de crises douloureuses occipitales accentuées par l'hyper-extension de la tête, d'une attitude de la tête figée en antéflexion, de troubles de l'équilibre, de troubles bulbaires, de troubles importants des réactions vestibulaires. La malade mourut subitement, avant qu'on ait eu le temps d'intervenir. Les auteurs insistent surtout sur deux symptômes dont ils montrent la valeur : des crises de dérobement des jambes, qui semblent rentrer dans le cadre du syndrome vestibulo-spinal de Barie, et un nystagmus de position apparaissant quand on inclinait la tête à droite ou en arrière. Ils soulignent l'évolution rapide de cette tumeur.

La neurolymphomatose périphérique chez l'homme,
par MM. J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES.

Chez une femme de 80 ans, apparut le tableau clinique d'une dégénérescence bilatérale des nerfs médians avec atrophie, parésie, anesthésie.

L'examen anatomique montra l'existence d'une infiltration de lymphoblastes dans la partie distale des nerfs médians, accompagnée d'une dégénération des fibres nerveuses. Cette lésion apparaissait déjà très visible à l'œil nu et les nerfs se montraient volumineux, surtout au poignet, leur tunique rougeâtre, gélatineuse, était par endroit hémorragique. Par ailleurs, aucune trace de néoplasme ni d'infiltration lymphomateuse.

Il s'agit donc d'une neuro-lymphoblastomatose limitée strictement à certains nerfs. Cette affection s'apparente avec une maladie assez fréquente chez les gallinacés : la *lymphomatosis galinarum*.

Un cas anatomo-clinique d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse,
par MM. GUILLAIN, IV. BERTRAND et THUREL.

Cas sporadique du syndrome de Roussy-Gabrielle Lévy,
par M. Pierre MOLLARET.

M. Pierre Mollaret présente un malade atteint de « dystasie-aréflexie héréditaire », caractérisée par un double pied-bot, petits troubles de la marche, aréflexie tendineuse. L'examen vestibulaire montre chez ce malade des modifications analogues à celles qu'on observe dans la maladie de Friedreich. Aussi l'auteur pense qu'il s'agit peut-être, dans le syndrome de Roussy-Gabrielle Lévy, d'une forme abortive de la maladie de Friedreich.

J.-O. TRELLES.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 17 Juin 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

La séance a eu lieu à *Merxplas*. La matinée fut consacrée à la visite de l'établissement d'internement des anormaux délinquants, auxquels est appliquée la *loi de défense sociale*. M. le Directeur Bellefroid, MM. les Drs Cleen et Goemans guidèrent les visiteurs à travers les installations diverses et notamment l'atelier de saboterie.

Au déjeuner, M. le Professeur Divry, président, félicita la direction et les médecins des diverses institutions groupées à Merxplas, pour les belles réalisations déjà obtenues ; M. le Directeur Bellefroid répondit en définissant avec émotion le rôle du personnel pénitentiaire à l'égard des anormaux.

Après une visite des sections de l'*établissement pour vagabonds*, on entendit un exposé très complet et très documenté de M. le Directeur Van Ranst, qui montra l'importance de l'activité industrielle du *Dépôt de mendicité* et de la *Maison de Refuge*, qui se traduit par un bénéfice de deux millions et demi par an. La nouvelle institution, où sont internés, après l'accomplissement de leur peine, les délinquants récidivistes, a demandé une organisation spéciale. Ces hommes, en effet, sont mis à l'écart de la société, mais ne doivent plus être traités comme des prisonniers.

Un passage dans les nombreux et actifs ateliers où l'on fabrique, notamment, des plaques de bois contreplaqué, de la chicorée, des boutons de nacre, des chaussures, des tissus, où l'on imprime certains documents officiels, où l'on travaille le bois et le fer, à la briqueterie, à l'infirmerie, donna une idée de l'œuvre accomplie par cette colonie où échouent tant d'épaves sociales, mais où l'on s'efforce de relever la dignité humaine, par la bonté et le travail.

J. Ley.

Société Belge de Neurologie

Séance du 24 Juin 1933

Présidence : M. P. MARTIN, vice-président

Présentation de deux malades, par MM. P. Divry et M. Moreau.

a) Le premier sujet est un garçon d'une dizaine d'années dont l'hérédité est normale, qui est né à terme et sans souffrance et dont le développement parut se faire normalement jusqu'à l'âge de 2 ans. A ce moment, on cons-

tata la présence d'un tremblement intentionnel et un certain retard au point de vue mental. Actuellement encore, ce petit malade est un retardé intellectuel, malgré une excellente mémoire. Ce qui frappe chez lui, c'est un tremblement intentionnel, très analogue à celui de la sclérose en plaques et prédominant à droite. La langue et les lèvres sont instables, la parole est scandée. Il n'y a pas de nystagmus. Aux membres inférieurs, il n'y a pas de tremblement, mais une malformation des pieds rappelant le pied de Friedreich. Un frère du malade présente une ébauche de la même malformation.

Il n'existe aucun signe de la série pyramidale, extra-pyramidale ou cérébelleuse ; aucun trouble de la sensibilité.

Ce tableau clinique diffère notablement des cas décrits de sclérose en plaques chez l'enfant. Les maladies infectieuses de l'enfance (rougeole et coqueluche) ne peuvent être incriminées, car elles sont survenues après le début des troubles nerveux. L'évolution se fait vers une régression lente.

b) Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, sans tares héréditaires, née au forceps avec grandes difficultés. L'intelligence est normale. Il existe une sorte de tremblement de la moitié droite du corps, prédominant sur le membre supérieur, et qui s'exagère par l'émotion et au moment des règles. Le membre supérieur présente en outre des mouvements involontaires assez difficiles à caractériser, d'adduction et d'abduction. Le pied est en varus équin. Enfin, du côté gauche, on observe des mouvements athétosiques au niveau des orteils. Les mouvements involontaires sont donc croisés : ils atteignent la racine du membre supérieur droit et l'extrémité du membre inférieur gauche. La parole est scandée ; il n'existe pas de nystagmus, pas de signes cérébelleux ; la sensibilité et les réflexes sont normaux.

Les auteurs montrent les difficultés qu'on éprouve à classer ces deux cas dans le cadre des affections connues et en discutent la pathogénie.

Réflexe achilléen par « pincement de la corde », par M. H. CALLEWAERT.

En explorant la sensibilité à la pression du tendon d'Achille, l'auteur provoqua incidemment un réflexe achilléen au moment où le pouce et l'index dérapaient sur les crêtes latérales de la corde tendineuse et déterminaient une propulsion et une oscillation du tendon. Un procédé moins douloureux consiste à accrocher au passage le tendon avec l'index en dehors, le pouce en dedans, à l'attirer en arrière et à le lâcher comme une corde tendue. Si le malade est assis ou couché, assurer la détente par flexion du genou, rotation externe et abduction de la cuisse, la main gauche de l'observateur tenant l'avant-pied pour vérifier le relâchement et percevoir le réflexe.

Le réflexe par pincement n'existe pas chez tous les sujets normaux. Il est presque constant dans les états constitutionnels névropathiques ; les exceptions (absence bilatérale, plus fréquemment unilatérale) s'expliquent par un état polynévritique, des altérations vertébrales, obstétricales, gynécologiques, par une sciatique, voire par des cellulites, vraisemblablement aussi par la syphilis ignorée, acquise ou héréditaire, affection dans laquelle l'aréflexie se montre au pincement, sans ou avant que la percussion la dénote. L'éclipse de ce réflexe a été observée dans un cas de méningite. Divers états toxiques l'accentuent ; un accident allergique le fit apparaître momentanément. L'asymétrie du réflexe par pincement de la corde confirme en général les anomalies centrales dans les hémi-atrophies, dans l'épilepsie,

dans les hémiplégies non spécifiques. Ce réflexe est très net dans les encéphalites non polynévritiques, dans le parkinsonisme, la sclérose en plaques, la démence précoce, les tumeurs cérébrales et dans beaucoup de lésions traumatiques.

Myélomalacie post-traumatique très tardive chez un alcoolique, par MM. P. Borremans et L. Van Bogaert.

Il s'agit d'un alcoolique chronique atteint de polynévrite. Sept mois après un accident d'automobile (à la suite duquel on diagnostiqua sans contrôle radiographique une fracture de côte), le malade fut pris brusquement de douleurs vives dans l'aisselle, puis de douleurs en ceinture. Puis, en quelques jours, se développa une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens et troubles sensitifs du type Brown-Séquard.

A l'autopsie, on constata qu'il n'existait aucune fracture de côte, mais une fracture de la 2e vertèbre dorsale, avec pachyméningite chronique hémorragique à son niveau.

Dans la moelle, on découvrit un foyer linéaire de myélomalacie, allant de C_5 à D_1.

Il s'agit donc d'un cas de pachyméningite post-traumatique qui a déterminé dans un territoire vasculaire des troubles circulatoires brusques à une occasion difficile à préciser.

L'auteur discute le rôle de l'alcoolisme, et montre l'intérêt de ce cas au point de vue médico-légal.

Médulloblastome du 4e ventricule avec métastase tubérienne sans syndrome infundibulaire, par MM. J. De Busscher et A. Dewulf.

Fillette de 13 ans, accusant, 4 ans après un traumatisme cranien, des troubles d'une durée de 8 à 9 mois, consistant en céphalées occipitales modérées, vomissements matinaux espacés, attitudes antalgiques de la tête, engourdissement de la main droite, instabilité et tardivement baisse de l'acuité visuelle. Diagnostic pré-opératoire de médulloblastome du 4e ventricule. Trépanation sous-occipitale large avec ponction d'un ventricule latéral. Mort en hyperthermie, 12 jours après l'opération. A aucun moment de l'évolution, il n'y eut de polyurie ni de glycosurie.

Autopsie : médulloblastome vermien remplissant le 4e ventricule ayant donné une métastase tubérienne de la grosseur d'un gland. Microscopiquement, la tige hypophysaire et la partie avoisinante du noyau diffus parvocellulaire du tuber sont complètement détruits. Chez l'homme, le complexe tuber-hypophyse peut donc être anatomiquement rompu sans qu'il n'y ait de glycosurie ni de polyurie.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

La mentalité humaine *à la lumière de l'expérience psychiatrique. Esquisse de Psychiatrie générale*, par Bror Gadelius. (1 vol. in-8°, 620 pages, Levin et Munksgeard, éditeurs, Copenhague, 1933.

Cet ouvrage, édité avec soin, illustré de nombreuses figures, est la traduction anglaise des volumes I et II de la seconde édition suédoise (1929) de l'ouvrage de *Bror Gadelins,* professeur de psychiatrie à l'Institut Caroline de Stockholm, « Det Mänskliga Själslivet », publié de 1921 à 1924. Les volumes III et IV de cet ouvrage, non traduits, sont consacrés à l'étude de la psychiatrie spéciale.

Très impressionné de ce qu'au début de leur carrière, ignorant la philosophie en général et la psychologie en particulier, les étudiants sont incapables de comprendre le côté psychologique de la psychiatrie, M. Bror Gadelius a fait précéder l'exposé des troubles mentaux d'un aperçu de psychologie normale. Il estime d'ailleurs que la psychologie et la psychiatrie sont des sciences interdépendantes, la différence entre le trouble psychopathique et le psychisme normal étant plus d'ordre quantitatif que d'ordre qualitatif.

Ecartant entièrement la conception de maladies mentales considérées comme des entités bien définies, il considère leur endogénèse comme un phénomène familial et insiste sur l'importance des doctrines de l'hérédité et de la constitution pour la compréhension des maladies mentales. Sa conception des relations du physique et du moral est que « le corps entier, y compris le cerveau et le système nerveux, est l'instrument de l'esprit ».

Un bref historique de la psychiatrie et du traitement des aliénés précède l'exposé des méthodes en psychiatrie, de la structure fonctionnelle de la vie de l'esprit et de ses troubles morbides, des causes et du traitement des maladies mentales. Cette dernière partie de l'ouvrage contient une critique détaillée de la psychanalyse et conclut à la nécessité de modifier les théories de Freud selon des points de vue dérivés d'Adler et de Jung.

René Charpentier.

Les psychoses puerpérales et leurs séquelles. L'encéphalite psychosique post-puerpérale, par le Dr Paul Sivadon, ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand, interne des Asiles de la Seine, diplômé de médecine légale et de psychiatrie. 162 pages, 6 planches. Le François, éd. *Thèse Paris,* 1933.

Sujet toujours passionnant et nouveau, constamment enrichi de faits cliniques et anatomo-pathologiques, intéressant au même titre accoucheurs, chirurgiens et psychiatres, il faut ajouter encore et pédiatres.

Sur un terrain généralement prédisposé une atteinte toxique ou infectieuse frappe le cerveau, lèse les cellules, crée la confusion mentale. Toutes psychoses coïncidentes ou symptomatiques, cyclothymiques, démentielles, éliminées, la psychose puerpérale est, en effet, avant tout une psychose confusionnelle, généralement accompagnée d'onirisme, d'hallucinations visuelles et auditives, d'anxiété, de sentiment d'étrangeté et d'effroi, d'idées asystématiques de persécution avec excitation bruyante et désordonnée, violente, dangereuse, ou bien avec dépression à teinte mélancolique, idées hypocondriaques et de ruine, tendances marquées au suicide.

Au point de vue biologique, l'on constate la présence à peu près constante d'urobiline, de sels biliaires et d'albumine dans les urines ; dans les cas graves une azotémie croissante atteignant parfois 4 à 5 grammes, avec hyperchlorurémie et hyperglycémie.

Dans les cas heureux on peut noter seulement quelques séquelles mentales, de l'indifférence affective, de l'aprosexie, mais le plus souvent on voit évoluer une psychose paranoïde, une confusion mentale hallucinatoire chronique, une démence précoce typique.

M. Sivadon conserve, faute d'une meilleure, la division classique des psychoses puerpérales en gravidiques, du post-partum et de la lactation.

Les psychoses gravidiques précoces sont habituellement bénignes, les tardives au contraire d'évolution démentielle. Les états neuro-psychiques comprennent les psychopolynévrites, la chorée et l'épilepsie gravidiques, l'éclampsie.

Les psychoses du post-partum sont les plus nombreuses (80 0/0), ce sont les anciennes manies puerpérales. M. Sivadon distingue : les encéphalites psychosiques post-puerpérales, à étiologie toxi-infectieuse très probable, à début brusque quelques jours après l'accouchement et température peu élevée, formes graves à pronostic mauvais ; les délires infectieux post-puerpéraux, à étiologie infectieuse évidente et température élevée, formes bénignes à pronostic bon ; les psychoses à début progressif, intermédiaires entre les deux précédentes et à pronostic réservé.

Les psychoses de la lactation sont presque toujours à forme dépressive avec préoccupations hypocondriaques et appréhensions anxieuses.

Les enfants nés d'une mère atteinte de psychose puerpérale sont gravement atteints. Leur pronostic s'avère extrêmement mauvais, 50 0/0 de mortinatalité, 20 0/0 d'anomalies du développement.

Roger Dupouy.

Les modifications biologiques du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme aigu et chronique, par Mlle Charlotte Truche. *Thèse Paris,* Amédée Legrand, éd., 1933.

Après un exposé succinct des différents travaux sur le rôle des lésions du foie et des reins dans la pathogénie des délires alcooliques, sur les lésions

de la cellule nerveuse et des méninges dues à l'action directe de l'alcool, l'auteur fait l'historiqne des documents concernant les modifications biologiques du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien chez les alcooliques. Après avoir indiqué les méthodes qu'il a employées au cours de son étude, il donne les résultats obtenus dans vingt cas d'alcoolisme aigu et d'alcoolisme subaigu, dans quinze cas d'alcoolisme chronique.

1° *Alcoolisme aigu et subaigu* (delirium tremens et psychose alcoolique subaiguë). Augmentation notable de l'urée sanguine, dont le taux varie entre 0,60 et 1 gramme. L'azote résiduel est, dans la moitié des cas, légèrement augmenté, tandis que le rapport azoturique est, en général, faiblement diminué. Le taux de la chlorémie est particulièrement stable.

Le *p*H a été trouvé augmenté dans 8 cas sur 10. Aucune modification de la réserve alcaline.

Dans les urines, le taux de l'urine ne présente en général aucune modification et le rapport azoturique semble plus souvent diminué qu'augmenté. L'albuminurie et la glycosurie sont exceptionnelles ; par contre, la présence de l'urobiline, de l'urobiligène et des pigments biliaires est constante.

Dans le liquide céphalo-rachidien sur 10 cas, légère albuminose dans quatre cas, légère lymphocytose dans trois cas. La réaction des globulines a toujours été négative. La courbe de précipitation du benjoin peut parfois s'étendre dans la zone méningitique.

2° *Alcoolisme chronique.* L'épreuve du rose bengale s'est toujours montrée nettement positive, indiquant ainsi que la fonction chromagogue du foie est perturbée. L'épreuve de la glycémie et de la glycosurie provoquées a toujours été positive, résultat permettant de conclure à un trouble de la fonction glycogénique du foie.

En résumé cette thèse contient des données précises sur les modifications biologiques du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien, dont on devra tenir compte dans les hypothèses concernant la pathogénie des délires alcooliques.

L. MARCHAND.

NEUROLOGIE

Etudes cliniques, *Cinquième série,* par Georges GUILLAIN, Professeur de Clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Salpêtrière. (1 vol in-8°. 462 pages, 110 figures, Masson, et Cie, édit., Paris, 1933).

Cette nouvelle série d'études neurologiques réunit des travaux poursuivis par le professeur *G. Guillain* et ses collaborateurs durant ces dernières années, à la Clinique Neurologique de la Salpêtrière. C'est le cinquième volume d'une série qui constitue une véritable encyclopédie neuro-pathologique. Groupés sous sept titres, cette cinquième série contient des travaux sur les tumeurs cérébrales, la pathologie de l'encéphale, la pathologie des pédoncules cérébraux, de la protubérance, du bulbe, du cervelet, la pathologie de la moelle épinière, la pathologie des nerfs craniens et rachidiens, et l'histoire de la neurologie.

On y trouve, en particulier (page 124), les résultats de la malariathérapie chez les paralytiques généraux à la Clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière, le texte de la communication faite à l'Académie de Médecine

par le professeur Georges Guillain, sur l'alcoolisme mondain, et une remarquable leçon sur l'œuvre neurologique de son collaborateur, le regretté Charles Foix.

Insistant à nouveau sur la nécessité impérative du travail collectif pour le progrès scientifique, le professeur Georges Guillain rappelle que ces études neurologiques, comme celles qui les ont précédées, ont été conçues avec la méthode anatomo-clinique de Charcot et de Pierre Marie, en utilisant d'ailleurs toutes les acquisitions de la Physiologie et de la Biologie.

Admirablement édité et illustré, ce cinquième volume, riche de documents a, comme les précédents, sa place dans toute bibliothèque neuro-psychiatrique.

René Charpentier.

Précis de Neurologie, par L. Rimbaud, professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier. (1 vol. in-8°, 992 pages, 222 fig. in collection Testut, G. Doin et Cie, édit., Paris, 1933).

Cet excellent précis, destiné avant tout aux étudiants et aux praticiens, est un livre de médecine pratique et condense en moins de mille pages ce que tout médecin doit savoir en pathologie nerveuse. Faisant à juste titre de la partie clinique le pivot de toutes les descriptions nosologiques, le professeur *Rimbaud* y rattache l'exposé des faits anatomiques les mieux établis, des notions pathogéniques essentielles et donne à la thérapeutique la place importante justifiée par les résultats récents dûs aux acquisitions médicamenteuses, biologiques, physiothérapiques et neuro-chirurgicales.

Après les rappels anatomiques et physiologiques indispensables, c'est à l'exposé complet, séméiologique et descriptif des *grands syndromes* que s'attache l'auteur, faisant suivre l'exposé de chacun d'eux de la description des principaux états pathologiques qui le présentent.

Dans la première partie, consacrée aux *maladies de l'encéphale,* on trouve d'abord le tableau des grands syndromes encéphaliques : syndrome pyramidal encéphalique et hémiplégie, syndrome extrapyramidal, syndrome cérébelleux, syndromes pédonculaires, protubérantiels et bulbaires, puis le tableau de l'aphasie, des troubles sensitifs d'origine cérébrale, du syndrome de l'appareil central de la vision, et l'étude des troubles vasculaires encéphaliques, des états infectieux encéphaliques, des tumeurs cérébrales, des encéphalopathies infantiles, de l'épilepsie.

En *pathologie médullaire,* abandonnant l'ancienne division en maladies diffuses et maladies systématisées, l'auteur étudie d'abord les grands syndromes : paraplégie, syndromes sensitifs, atrophies musculaires myélopathiques ; fait une large part aux états toxi-infectieux : myélites aiguës, syphilis médullaire, tabès, maladie de Heine-Medin, laissant cependant au groupe des « scléroses médullaires », avec les scléroses combinées de la moelle, la sclérose en plaques et la maladie de Charcot. Aux traumatismes, compressions et tumeurs de la moelle sont rattachées la syringomyélie et l'hématomyélie.

Les *maladies du système nerveux périphérique* groupent successivement les radiculites, les polynévrites (névrites périphériques d'origine interne), une étude analytique des paralysies des nerfs périphériques et, à cause de leur plus grande fréquence, une description plus détaillée de la paralysie faciale, de la névralgie du trijumeau, de la sciatique, de la migraine et du zona.

Sous le nom de *maladies familiales du système nerveux* sont décrites la maladie de Wilson, la maladie de Friedreich et les divers types d'atrophies musculaires progressives en apparence primitives.

La cinquième partie est, consacrée aux *maladies des méninges :* syndrome méningé, méningite cérébro-spinale, méningite tuberculeuse, hémorragies méningées.

L'ouvrage se termine par l'étude des *troubles fonctionnels et des névroses,* groupe d'attente qui renferme ici les *dyskinésies* (hémispasme facial, crampes fonctionnelles ou professionnelles, tics, torticolis spasmodique), l'hystérie « psychonévrose protéiforme » dont les conceptions pathogéniques se modifient chaque jour, la neurasthénie et la psychasthénie « dont l'étude se place aux confins de la pathologie médicale et de la psychiatrie ».

Dans le texte, plus de deux cents figures ou schémas, en noir et en couleurs, ajoutent encore à la clarté de ce livre, dont les exposés méthodiques et précis, simples mais complets, présentent à la fois les plus grandes qualités didactiques et les plus grandes facilités pour les praticiens qui voudront y puiser un renseignement, lever un doute ou rappeler un souvenir.

René Charpentier.

La maladie de Heine-Medin de l'adulte, par le Dr Robert Pauly, chef de Clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Médecine de Bordeaux. (1 vol. in-8°, 262 pages, *Thèse*, Delmas, édit., Bordeaux, 1933).

Dans cette excellente thèse, travail de la Clinique du professeur J. Abadie, à Bordeaux, M. Robert Pauly a voulu, à propos du diagnostic différentiel des myélites de l'adulte, attirer l'attention sur la maladie trop souvent oubliée de Heine-Medin, en montrer la fréquence relative et, dans un but sérothérapique, préciser si possible par la seule clinique, en l'absence de tests biologiques, la symptomatologie souvent méconnue de cette affection.

Maladie infectieuse, spécifique, à virus neurotrope filtrant, peu contagieuse, endémo-épidémique, dont le médullovirus détermine presque toujours chez l'adulte le type inflammatoire de la poliomyélite antérieure aiguë caractérisé par l'association de lésions parenchymateuses et de lésions interstitielles, habituellement diffuses et très étendues, touchant également le tronc cérébral et certaines zones du cerveau, avec une gravité constante des lésions des cellules neuro-ganglionnaires, elle peut présenter chez l'adulte toutes les formes cliniques qu'elle revêt chez l'enfant.

La forme commune de la maladie de Heine-Medin chez l'adulte se caractérise par le polymorphisme de son mode de début, l'existence presque constante de douleurs et de symptômes méningés dans la période infectieuse préparalytique. Les seules particularités de la phase paralytique sont la lenteur de l'évolution et le petit nombre des récupérations fonctionnelles. Il faut toujours envisager la possibilité de l'apparition secondaire d'un syndrome de Landry. Les séquelles motrices sont constamment importantes. Le pronostic est donc grave.

En dépit des divergences des auteurs sur l'appréciation de ses résultats, la sérothérapie antipoliomyélitique, conclut M. Robert Pauly, doit être systématiquement employée parallèlement à une thérapeutique anti-infectieuse dirigée contre la possibilité d'une évolution ascendante des lésions.

René Charpentier.

BIOLOGIE

Le *p*H et sa mesure. Les potentiels d'oxydo-réduction. Le *r*H, par M. HUYBRECHTS, Docteur ès sciences, Professeur à l'Université de Liége, 2e édition. (1 vol. in-12, 394 pages, in *Bibliothèque Scientifique Belge, Section biologique*, Masson et Cie édit., Paris, 1932).

Le succès de la première édition, épuisée en quelques mois, de ce petit livre, destiné à ceux que l'analyse potentio-métrique intéresse, mais qui ne sont pas bien au courant des principes de physico-chimie indispensables, montre qu'il a atteint son but.

L'auteur y rappelle des notions de chimie générale, et même, à la fin de l'ouvrage, des notions de mathématiques élémentaires, considérant à juste titre que beaucoup de lecteurs qui ont une formation dans d'autres sciences complexes peuvent ne pas savoir manier couramment des formules. Il y montre comment s'établit la formule de Nernst et comment entreprendre l'étude expérimentale de la mesure du *p*H.

Dans cette seconde édition, une deuxième partie est consacrée à l'étude des potentiels d'oxydo-réduction. Ces notions, relativement nouvelles, prennent en chimie biologique une place de plus en plus importante.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, par R. RIVOIRE. (1 vol. 182 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1932).

Depuis une dizaine d'années, sous l'influence, en particulier, des progrès de la biochimie, les recherches expérimentales et cliniques ont été si nombreuses et si fructueuses que les notions classiques sur la physiologie et la pathologie des glandes endocrines ont été profondément bouleversées.

La connaissance exacte des propriétés physiologiques des hormones a permis de prévoir le tableau clinique que serait capable de réaliser l'hypofonction ou l'hyperfonction de l'organe secréteur : ainsi la voie était tracée pour la recherche clinique, qui réussit à individualiser de nouveaux syndromes endocriniens.

En même temps, grâce aux progrès réalisés dans la préparation des hormones, l'opothérapie s'est perfectionnée : aux anciennes préparations d'efficacité souvent théorique se sont ajoutées des substances chimiquement définies agissant de façon constante et à doses infinitésimales.

A cause de la rapidité de cette évolution, à cause du nombre important de publications en toutes les langues sur l'endocrinologie, ce livre rendra les plus grands services. Il résume les progrès réalisés récemment dans le domaine de l'endocrinologie, en insistant plus particulièrement sur les propriétés des hormones et sur la description des nouveaux syndromes cliniques. Les acquisitions sur la thyroïde étant considérées comme familières, on ne trouvera dans ce travail que l'endocrinologie parathyroïdienne, surrénale, pancréatique, ovarienne, testiculaire et hypophysaire.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Recherches de pharmacodynamie humaine avec la vagotonine, par le Dr Léon Deschildre, ancien interne à l'asile de Bailleul. *Thèse Lille*, 1933, 96 pages, 6 figures, Imprimerie Centrale du Nord. 12, rue Lepelletier, Lille.

Après avoir rappelé succinctement les travaux de Santenoise et de ses élèves sur les preuves hormonales de la Vagotonine, l'auteur en étudie les réactions pharmacodynamiques chez l'homme.

A dose de 20 mmgr. en injection intra-musculaire, il n'observe aucune manifestation subjective désagréable, si l'on prend la précaution de combattre l'hypoglycémie consécutive par du sucre, ou simplement en faisant l'injection avant un repas. Aux mêmes doses, plusieurs fois répétées, la Vagotonine influence la pression artérielle des hypertendus : la pression baisse lentement, progressivement et souvent d'une façon durable ; les pressions normales, elles, ne sont pas modifiées. La Vagotonine rend positif le réflexe oculo-cardiaque des hypovagotoniques ; cette action n'est pas immédiate : elle est progressive et souvent durable ; elle ne s'accompagne d'aucun témoignage apparent d'excitation des neurones centrifuges du système pneumogastrique comme le font la Pilocarpine et l'Esérine, son action s'exerçant avant tout sur l'excitabilité réflexe du Vague. L'auteur a remarqué qu'elle améliorait l'état mental des déprimés hypovagotoniques de la ménopause, en relevant leur vagotonie et en régularisant leur pression artérielle.

P. Combemale.

Opothérapie endocrinienne. *Les bases physiologiques. Les syndromes. Posologie de l'opothérapie. 2e édition,* par Guy Laroche, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. (1 vol. in-8°, 396 pages, 19 fig.. Masson et Cie, édit., Paris, 1933).

Les découvertes successives de ces dernières années : parathyrine, folliculine, hormones hypophysaires, placentaires, etc., font que l'auteur a dû, pour faire paraître cette deuxième édition, non pas revoir la première édition, mais véritablement écrire un livre nouveau. Basé sur la physiologie et sur la clinique, c'est un livre de pratique dans lequel sont exposés comment les glandes agissent sur l'organisme, comment sont préparés les produits qui sont proposés, sous quelle forme et dans quel cas ils peuvent être administrés ; enfin, autant qu'il est possible de le faire, les réactions multiples secondaires provoquées dans l'organisme par les glandes.

Après un chapitre de généralités et un autre consacré à la fabrication des produits opothérapiques et à la posologie en général, M. Guy Laroche étudie chacune des glandes dont la fonction endocrinienne est reconnue : *le corps thyroïde, les glandes parathyroïdes, le thymus, les capsules surrénales, l'hypophyse, les glandes génitales (testicules et ovaires).* Un chapitre entier est consacré à *l'Insuline et au Pancréas,* un autre à *l'Opothérapie hépatique.* Le dernier traite de *l'Opothérapie des syndromes pluriglandulaires.*

L. R.

L'Année thérapeutique. *Médications et procédés nouveaux*, par le Dr A. Ravina. (1 vol. 176 pages, *septième année*. Masson et Cie, édit., Paris, 1933).

L'Année thérapeutique, publiée chaque année par M. A. Ravina, fait partie de la documentation du médecin. Elle lui apporte régulièrement en janvier, sous un volume restreint, le bilan thérapeutique complet de l'année précédente (de janvier à décembre) et résume les faits nouveaux publiés au cours de cette année en France et dans tous les pays étrangers.

Le but de cet ouvrage est, d'une part, de faire connaître aux praticiens, des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, d'autre part, d'indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie successivement les maladies et les symptômes, les méthodes thérapeutiques. Il a ajouté un troisième chapitre traitant directement de certaines médications nouvelles. Enfin, la table alphabétique précise, pour chaque matière envisagée, les indications et les résultats obtenus.

On trouvera, en particulier, dans ce volume, le traitement des accès maniaques par l'hyposulfite de magnésium, le traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, de l'état de mal épileptique par l'acétylcholine, des états d'agitation par le nembutal, de la chorée par la pyrétothérapie, de la maladie de Basedow par la radiothérapie et l'électrothérapie, des crises gastriques du tabès par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine, etc.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Considérations sur les états de stupeur schizophrénique, par G. Bychowski (Varsovie). *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie*, 1932, Tome CXL, p. 30 à 50.

Les états de stupeur schizophrénique sont très variables. Leur intermittence, leur déclenchement par des facteurs affectifs évidents, l'impulsivité, les tendances négativistes constituent autant de traits cliniques inconstants. En ce qui concerne l'état de stupeur vu « du dedans » par les malades eux-mêmes, on rencontre la même variété des états de conscience. Certains (bel exemple de Bornstein) restent tout à fait lucides, d'autres sont inconscients, d'autres présentent une activité hallucinatoire ou oniroïde qui s'insinue dans la réalité, la transforme ou la recouvre plus ou moins complètement. Les symptômes neurologiques du tonus (modifications toniques, hypertonies localisées, catalepsie, contractions, stéréotypies, dissociation des divers segments du corps) sont envisagés comme des réflexes de posture et des mouvements induits (cf. son travail, in *Revue Neurologique*, 1926). Il existe d'autres troubles (réflexe de Rossolino, asymétrie des réflexes, parfois aréflexie, signe de Chwosteck, troubles neuro-végétatifs,

mydriase, etc.). La cocaïne peut quelquefois interrompre ces états. L'ensemble de ces troubles exprimerait le défaut de parallélisme dans l'activation de la sphère psychique (Psyche) et de la sphère motrice (Motorik). De tels états représentent un véritable blocage des réactions motrices avec prévalence de l'écorce, du tronc cérébral et du cerveau intermédiaire. Les troubles du tonus sont des troubles extrapyramidaux. Le syndrome cataleptique est l'expression d'un déficit de l'activité réflexe de posture, de régulation des parties du corps entre elles, des mouvements automatiques et particulièrement des mouvements induits. Ils représentent dans leur ensemble un trouble des fonctions de couplage (Schaltungsfonction). A ces troubles correspondent les troubles de dissociation psychique. Comme l'a déjà indiqué Schilder, on peut rapprocher ces phénomènes de ce qui se passe dans l'hypnose provoquée. On peut regretter que ce travail ne fasse pas état des recherches effectuées en France et en Hollande sur la catatonie expérimentale et des études de Claude et de ses élèves sur les états de négativisme schizomaniaque. L'exposé des faits que l'on trouve dans ce travail montre une fois de plus combien variés et différents sont les cas que l'on a rangés sous une même rubrique.

Henri Ey.

Le syndrome catatonique dans la démence précoce (The Catatonic Syndrome in Dementia Prœcox), par Leland E. Hinsie. *The Psychiatric Quarterly*, juillet 1932.

Les collaborateurs de l'auteur dans les New-York State Hospitals ont rassemblé leur documentation sur l'état actuel de la question de la catatonie chez les déments précoces. L'étude des antécédents décèle des troubles du caractère, un certain déséquilibre prépsychopique dans les 2/3 des cas. Les autres possédaient un état mental satisfaisant. Le pronostic paraît plus favorable que celui des autres formes. Les cas de rémission, de réadaptation sociale sont relativement nombreux. Les recherches expérimentales confirment les résultats déjà connus à propos de l'effet de la bulbocapnine. La catalepsie toxique réalisée forme un ensemble clinique dans lequel le cortex cérébral semble ne pas avoir à intervenir, mais il n'est pas légitime d'identifier cette catalepsie à la catatonie vraie. Dans la pratique, des manifestations complexes avec troubles délirants et sensoriels variés compliquent le diagnostic. L'état des catatoniques est parfois amélioré par les barbituriques injectables, par la Roentgenthérapie des ovaires, de l'hypophyse ; la stupeur est transitoirement modifiée par des inhalations de gaz carbonique et d'oxygène.

P. Carrette.

Pronostic de la forme catatonique de la schizophrénie (Prognosis in Schizophrenia-Catatonic Form), par C. H. Bellinger. *The Psychiatric Quarterly*, juillet 1932.

Les malades dont Bellinger rapporte l'observation ont bénéficié des secours de la psychothérapie, de l'assistance à domicile, de la rééducation par le service social à la sortie de l'Asile. L'amélioration réelle porte sur un quart environ des cas et après 5 ans au moins de régime libre, sans rechute, l'amélioration persistante leur a permis une réadaptation plus ou moins complète à la vie normale.

P. Carrette.

Le début de la démence précoce, par HEUYER et LE GUILLANT. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 7-8, p. 535-549.

Dans la démence précoce, le déficit intellectuel primitif atteint les formes supérieures de l'activité mentale, libérant les tendances affectives qu'elles contrôlent chez le sujet normal. Les tests courants de Binet et Simon, de Terman, donnent, dans les formes fixées, ou dans les formes simples, des résultats typiques : dispersion du résultat des tests sur des âges différents ; constance et spécificité des échecs chez tous les sujets, indépendamment des conditions et au cours des divers examens ; discordance entre l'examen clinique et le résultat des tests qui, dans certains cas, fait le diagnostic avec la débilité mentale. D'autres tests sont mieux adaptés à la mise en évidence d'un déficit qui respecte encore de nombreux automatismes. Dans tous les cas, le déficit pragmatique est au premier plan.

Ces recherches nous paraissent très importantes, parce qu'elles apportent des résultats objectifs et mesurables, susceptibles d'asseoir une doctrine positive de la démence précoce. Il est à souhaiter qu'elles se développent dans le sens de l'établissement de tests plus spécialement destinés à déceler l'atteinte des fonctions mentales supérieures. Daniel LAGACHE.

Les démences préseniles : Maladie d'Alzheimer et Atrophie de Pick, par le Dr BRAULIO A. MOYANO. (*Archivos argentinos de Neurologia*. Buenos-Aires, Tome VII, n° 5, Décembre 1932).

Après avoir rapporté un cas typique de Maladie d'Alzheimer, l'auteur donne quatre observations complètes de la Maladie de Pick. A ce propos, il rappelle que l'atrophie de Pick siège, dans la grande majorité des cas, dans la région temporo-frontale. L'atrophie est symétrique, mais souvent plus accentuée d'un côté. La localisation pariétale est rare. L'atrophie ne se superpose à aucun territoire vasculaire et ne coïncide pas avec les zones de myélinisation de Flechsig. L'examen histologique par la méthode de Nissl montre dans les régions atteintes le désordre des cellules et une confusion dans la limite des substances grises et blanches. Les imprégnations argentiques permettent de constater l'existence d'abondantes plaques séniles et des lésions fibrillaires d'Alzheimer. La prolifération de la névroglie est intense. En somme, il résulte de ces constatations histologiques, qu'on ne peut accepter comme cause de l'atrophie de Pick ni l'artériosclérose, ni une origine inflammatoire. Il s'agit d'une lésion primitive du parenchyme, d'évolution lente, de caractère dégénératif, avec une réaction secondaire de la glie.

En dehors de l'amnésie, qui est la manifestation initiale la plus constante, ce sont les symptômes de foyers, frontaux ou temporaux, qui caractérisent le mieux le cadre clinique de l'atrophie de Pick. L'aphasie amnésique de Pitres est le symptôme dominant, il y a dysmnésie de l'évocation verbale.

Au point de vue du diagnostic différentiel, on écartera la démence sénile par la présence d'une aphasie sensorielle et une apraxie idéatoire. Les hallucinations, les idées délirantes, la tendance à la fabulation, fréquentes dans la démence sénile, sont rarement observées dans l'atrophie de Pick. Quant au diagnostic différentiel avec la Maladie d'Alzheimer, il est difficile et le plus souvent impossible ; cependant, dans la maladie de Pick, le déficit global est moins accentué et il y a prédominance des symptômes de foyer.

LAUZIER.

Artériosclérose cérébrale et service du front. (Zerebrale Arteriosclerose und Frontdienst) par PILCZ. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, n° 51, 1932.

L'auteur a examiné 2.648 malades atteints d'affections neurologiques et psychiatriques; 1.854 malades sont anciens combattants, les autres (794) sont des sujets inaptes au service militaire. Chez les anciens combattants la proportion des cas d'artériosclérose cérébrale est plus élevée, l'âge d'apparition de la maladie est plus précoce (43, 19 ans, contre 49, 40 ans chez les non-combattants). Dans 15 cas, 23 0/0 des cas chez les anciens combattants, et dans 1, 22 0/0 chez les non-combattants, l'artériosclérose a débuté avant l'âge de 40 ans. E. BAUER.

A propos du rachitisme cérébral ou de la démence rachitique. (Ueber zerebrale Rachitis beziehungsweise Dementia rachitica), par Th. GÖTT. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1933 n° 2.

L'étude clinique de l'état mental des enfants rachitiques ne permet pas d'isoler un syndrome psychique particulier au rachitisme. Les troubles observés sont ceux qu'on peut constater chez tous les nourrissons atteints de maladies chroniques qui les confinent à l'immobilité. Ces troubles sont, le plus souvent, de nature passagère. L'auteur n'admet donc pas l'existence de la « démence rachitique », selon Huldschinsky. Il reproche, d'autre part, aux psychiatres, d'avoir exagéré le rôle du rachitisme dans l'étiologie de l'idiotie et de l'arriération mentale. E. BAUER.

Importance des psychoses en tant que manifestation initiale des tumeurs cérébrales (Psychosis : its importance as a presenting symptom of brain tumor), par Leo J. ADELSTEIN et Martin G. CARTER. *The American Journal of Psychiatry*. Tome XII, n° 2, pp. 317-329, septembre 1932.

Avant l'éclosion du syndrome neurologique, les auteurs admettent la possibilité de 2 types de troubles mentaux. Les uns seraient la conséquence de phénomènes irritatifs et se caractériseraient par des symptômes d'ordre maniaque. Les autres, paralytiques, exprimeraient les premiers résultats de la désorganisation et de la destruction du tissu nerveux et réaliseraient la confusion, puis la démence. Baruk attribue en partie ces dernières manifestation à l'augmentation de la tension intra-cranienne.

Bien qu'aucun ensemble clinique ne soit absolument caractéristique, il est utile de connaître certains faits, souvent observés, et qui orientent le diagnostic à un stade où les troubles neurologiques sont encore discrets : les hallucinations auditives et visuelles précoces et sans troubles délirants surajoutés favorisent l'hypothèse de lésions siégeant au niveau des voies ou des centres correspondants ; les modifications de la personnalité, les troubles du caractère sont fréquents dans les tumeurs préfrontales et calleuses. P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des hallucinations visuelles du délirium tremens par F. MOREL, (de Genève) *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*.

L'auteur étudie les hallucinations visuelles monoculaires, qui se produisent chez les sujets atteints de délirum tremens, en plein jour ou dans un champ visuel éclairé. Ce sont des hallucinations élémentaires : nuages

de fumée, traits, bandes ; elles sont toujours localisées dans la partie centrale du champ visuel, ont des contours stables, ne se déplacent pas. Il s'agit plutôt de scotomes centraux positifs que d'hallucinations. Les hallucinations visuelles binoculaires diurnes, qu'il ne faut pas confondre avec l'onirisme à recrudescence nocturne, ont des caractères analogues, elles n'existent d'ailleurs pas en l'absence des hallucinations monoculaires. L'auteur considère ces dernières comme un signe très important de délirium tremens.

E. BAUER.

Sinusite et troubles mentaux ; manifestations cliniques, (Sinusitis and Mental Disorder ; clinical manifestations), par T. C. GRAVES. *The Journal of Mental Science*, juillet 1932.

La preuve de l'infection du sinus maxillaire a été faite sur 880 sujets par ponction et examen bactériologique. L'importance de cette source pathologique a été longtemps méconnue. Les affections rhino-pharyngées causales sont pourtant nombreuses : influenza, diphtérie, fièvres éruptives, syphilis. L'auteur étudie, d'une part, les complications physiques à distance, réagissant sur les glandes à sécrétion interne, les reins, le tube digestif ; d'autre part, les manifestations psychopathologiques exprimant cliniquement la localisation infectieuse méningo-encéphalique. Le traitement antiseptique local donne souvent des résultats généraux très favorables. Graves illustre son exposé avec 16 photographies et 33 observations complètes.

P. CARRETTE.

La pathologie des sinus de la face et ses rapports avec les troubles mentaux, (The Pathology of the Nasal Sinuses and its Relation to Mental Disorder), par F. A. PICKWORTH. *The Journal of Mental Science*, juillet 1932.

L'envahissement des sinus maxillaires se rencontre dans un certain nombre d'infections dont la porte d'entrée est dentaire ou rhino-pharyngée, c'est le cas de la méningite cérébro-spinale, de la grippe, de l'encéphalite-épidémique. La propagation aux centres nerveux s'effectue parfois le long des nerfs olfactif, optique ou trijumeau. La toxi-infection cérébrale réalise des états confusionnels et même démentiels après une sinusite chronique qui peut durer 10 ans. D'autres fois, il s'agit d'infections par voie vasculaire ou d'altérations endocriniennes secondaires ; ainsi, la pituitaire, par ses relations avec le sinus sphénoïdal, foyer le plus commun des envahissements streptococciques ou d'anaérobies. Les recherches bactériologiques ont un intérêt majeur pour l'institution d'une thérapeutique spécifique.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Le Problème des Aptitudes, par SOLLIER et DRABS. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 7-8, p. 497-534.

Etude critique de la notion et du terme d'aptitude, tels qu'ils sont communément employés en psychologie et en psychotechnique.

L'aptitude est « une prédisposition naturelle de l'organisme à réaliser

spontanément et plus facilement que la moyenne des gens, dans les mêmes conditions, certaines opérations, physiques ou mentales ». Elle se distingue de la capacité « force actualisée, seule justifiable de mesures précises ». Les critères de l'aptitude, supériorité d'emblée, précocité de cette supériorité, continuité et progression ne constituent que des présomptions peu susceptibles d'une détermination objective. Toutes les aptitudes sont spécialisées.

En vertu de ces considérations que nous résumons brièvement, les auteurs critiquent les examens d'orientation professionnelle basés sur des données contraires. Ils réclament « des épreuves psychotechniques de capacité en rapport avec les opérations des métiers choisis ou conseillés, et renouvelés de temps à autre au cours de l'apprentissage ».

Dans cette discussion plus philologique que concrète, les auteurs paraissent oublier que toute définition est conventionnelle et décisoire. C'est revenir au cratyle que chercher la vérité dans les tendances et les nuances du langage. Nées de l'histoire, mobiles comme l'histoire, celles-ci doivent être laissées l'histoire.

La définition n'a pas besoin d'être *réelle*, substantielle au sens ontologique, pouvu qu'elle soit objective : la chronaxie, par exemple, est une notion empirique, et non « essentielle ».

Et même du point de vue de la langue et de la « réalité », la notion d'aptitude n'implique nullement celle d'une supériorité congénitale et précoce sur la moyenne ; elle est une relation d'adéquation entre l'acte accompli ou à accomplir et le sujet qui l'accomplit : dire qu'un sujet est apte à un acte donné, c'est dire qu'il est supérieur *ou* égal au niveau qui rend possible l'accomplissement correct de l'acte envisagé.

Si l'aptitude impliquait une supériorité, parler d'aptitudes supérieures, comme le font les auteurs, serait un pléonasme. Daniel LAGACHE.

L'objectivité en psychologie, par M. P. GUILLAUME. *Journal de Psychologie,* 1932, nos 9-10, p. 673-743.

On trouvera dans cette étude, non une description des méthodes et des branches de la psychologie objective, mais un approfondissement de la notion d'objectivité telle qu'elle s'y présente, sous un jour qui n'est pas très différent de celui sous lequel elle apparaît dans les autres sciences. Ce qui caractérise la position de l'auteur (et avec lui de beaucoup de psychologues contemporains), c'est une inversion du rapport de l'extrospection et de l'introspection, tel que le conçoit la psychologie classique. Pour celle-ci, en effet, l'introspection est le point de départ et le centre de référence nécessaire de toute recherche psychologique, bien qu'elle adjoigne des méthodes extrospectives à la seule introspection des faits de conscience individuels. Pour l'auteur, au contraire, faits et fonctions psychologiques peuvent se concevoir et se décrire indépendamment de toute donnée de l'intuition interne, comme des comportements : on peut étudier et interpréter la perception des couleurs, les illusions optiques, les faits de mémoire chez l'animal, sans référence à l'homme. Une conception plus large de la méthode objective y fait rentrer l'introspection elle-même : ce qui en effet définit l'introspection, ce n'est pas la nature des perceptions, c'est « l'orientation du sujet vers le problème psychologique et la part qu'il prend à la solution ».

Au nom de l'objectivité même, l'auteur expose une intéressante défense de l'introspection et du langage. Ses vues sur le langage, en particulier, présentent un grand intérêt théorique et méthodologique pour les cliniciens.

Daniel LAGACHE.

La conscience de soi. Ses degrès et ses mécanismes de trois mois à trois ans, par M. Henri Wallon. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 9-10, pp. 744-783.

Comme la notion de corps propre (1), la conscience de soi n'est pas une donnée initiale et immédiate de la conscience ; elle est « un produit déjà très différencié de l'activité psychique ». Elle n'est pas non plus la simple juxtaposition des moments et des états de la personne ; car, avant de les juxtaposer, il a fallu que l'enfant apprenne à les distinguer dans l'indistinction et la confusion des stades initiaux. Eparpillée d'abord dans la succession des situations, où il ne répond qu'aux circonstances en rapport avec son bien-être intéroceptif et postural, puis confondue dans ces situations affectives, où il ne sait être que le partenaire d'un entourage dont il ne se distingue pas (par exemple une situation délictueuse crée en lui le sentiment de culpabilité), elle se dégage progressivement par un lent travail d'identification et d'assimilation ; parallèlement, l'enfant apprend à opposer à sa personne les choses et autrui.

Nous ne pouvons donner qu'un trop court aperçu de cette synthèse originale de documents et d'observations personnelles, qui fait admirablement saisir la courbe générale du premier développement psychique et les corrélations de ses divers aspects.

Daniel Lagache.

Un « modèle mécanique » de la conscience, par R. Ruyer. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 7-8, p. 550-575.

Sans se faire d'illusion sur la possibilité de réaliser pratiquement sa tentative, Ruyer prétend ainsi répondre aux physiciens qui, abandonnant les modèles mécaniques, construisent des modèles psychologiques. Il ne vise qu'à dégager des réflexions d'ordre critique et philosophique, et en dégage notamment l'idée que les êtres physiques et les états de conscience sont des « formes absolues ». Chemin faisant, malgré l'impossibilité de réaliser un modèle mécanique de la conscience, il en défend la vérité théorique : « Si nous pouvions construire pièce à pièce avec des matériaux pris dans le monde physique, une machine équivalente au système nerveux, cette machine serait consciente ». C'est une « idée vraie », comme la machine dont parle Spinoza dans le « De Emendatione ».

D. Lagache.

Disparition périodique des sensations, par W. Heinrich. *Journal de Psychologie*, 1932, nos 7-8, p. 576-580.

Cette disparition serait due, selon l'auteur, à des conditions périphériques et non centrales. A l'appui de sa façon de voir, Heinrich rapporte des observations et des expériences personnelles sur les divers ordres de sensations. Par exemple, les modifications périodiques du diamètre apparent d'un petit disque lumineux seraient dues à des variations périodiques de la courbure du cristallin ; ce phénomène disparaîtrait chez le presbyte.

D. Lagache.

(1) Comment se développe chez l'enfant la notion de corps propre. *Journal de Psychologie*, 1931, p. 705-748. Cf. *Annales Méd.-Psych.*, novembre 1932, p. 520.

A propos d'une explication psychologique, par P. Guillaume. *Journal de Psychologie,* 1932, nos 7-8, p. 657-672.

Réponse à M. Deshayes, qui dans un article antérieur du *Journal de Psychologie,* proposait une explication des illusions opticogéométriques décrites par Guillaume dans son manuel de psychologie. D'après cette explication, les illusions optico-géométriques viendraient de ce qu'on projette dans des figures le relief d'objets familiers.

Après avoir critiqué cette interprétation dans le détail, Guillaume présente d'intéressantes réflexions de méthodologie générale. Repoussant les explications psychologiques, qui font erreur sur le niveau des phénomènes, les explications infrapsychologiques et le retour à « l'inconscient », les explications physiologiques prématurées et en particulier les « tendances à des mouvements » (qui, depuis les sensations d'innervation, ont reparu sous différents noms dans la littérature), Guillaume entend se limiter à observer les faits et à décrire leurs lois.

Daniel Lagache.

L'instinct et l'intelligence chez les Hyménoptères : Les sociétés d'insectes ont-elles des traditions ? par M. L. Verlaine. *Journal de Psychologie,* 1932, nos 9-10, pp. 784-816.

D'expériences très nombreuses et ingénieusement variées, l'auteur conclut que, chez les abeilles et les guêpes, la construction du nid et l'expansion corrélative de la vie sociale ne sont pas le développement d'instincts innés, mais requièrent chez les ouvrières soit le dressage par une reine expérimentée, soit l'expérience au moins passagère d'un gâteau contenant miel et pollen, qu'elles imiteront. A partir de cet événement, d'ordre social, la collectivité s'épanouit jusqu'à un degré de perfection où l'initiative personnelle n'a pas à intervenir.

D. L.

PSYCHANALYSE

Psychanalyse. (Psycho-Analysis), par Ernest Jones. *Mental Hygiène,* juillet 1932.

La psychothérapie utilise la suggestion, la discussion, l'éducation ; la psychologie tend à expliquer certains troubles mentaux par ses méthodes d'exploration de la personnalité morbide, mais le terme de Psychanalyse doit être réservé à une série de concepts bien définis. L'auteur rappelle qu'il s'applique à la conception de Freud et désigne un procédé spécial de traitement des névroses, une technique d'investigation scientifique de l'esprit, le corps des notions admises par l'usage de cette technique. Cette limitation rigoureuse n'implique pas l'impossibilité, pour la psychanalyse, de se développer, d'élargir son horizon. Dans le domaine de l'étude des psychoses et de leur traitement, elle augmente le champ de son expérience et de ses succès, et Mme Mélanie Klein cherche à mettre au point les techniques d'exploration psychanalytique de l'enfance qui aideront sans doute à la correction de certains troubles de l'évolution du psychisme et à la formation du caractère.

P. Carrette.

La part de la psychanalyse dans la connaissance de l'Inconscient, par R. ALLENDY. *La Psychologie et la Vie*, janvier 1932.

L'exploration de l'inconscient, remis en honneur par Freud, a ses sources dans l'antiquité, mais elle a été négligée par les disciplines philosophiques chrétiennes qui défendaient le domaine de la raison et et l'unité de l'âme. Actuellement, l'apport de l'inconscient aux recherches du psychologue lui permet de pénétrer plus avant dans la connaissance du psychisme, grâce au symbolisme. Certains ne s'en tiennent pas à ces données ; ils admettent un inconscient collectif, ethnique et ouvrent la voie aux adeptes des études sur les relations cosmiques des êtres et les problèmes mystérieux de la télépathie et du métapsychisme.

P. CARRETTE.

Le complexe d'Œdipe, par M. le Dr Ch. VAN ACKER. Médecin chef de l'Hospice Guislain (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1932).

Exposé détaillé et critique de la doctrine de Freund sur cette question fondamentale.

La conclusion de l'auteur est que le complexe d'Œdipe, qui, d'après Freund, est « le noyau de toutes les névroses et renferme les commencements à la fois de la religion, de la morale, de la société et de l'art », ce complexe n'existe pas. L'interprétation des rêves peut se faire d'une façon différente, en dehors de la doctrine freudienne, qui est autant une foi qu'une science.

SENGÈS.

Transformations des Instincts profonds et auto-consolations, par Alfredo NICEFORO. *Rivista di Psicologia*, décembre 1932.

Travail particulièrement intéressant, où l'auteur étudie la transformation des instincts profonds égoïstes, les subterfuges utilisés par l'individu pour les satisfaire.

Lorsque cette satisfaction est impossible ou par trop incomplète, elle provoque la création des auto-consolations par le procédé de la sublimation ou de la déviation. M. A. Niceforo expose en une fine analyse psychologique les différents modes d'auto-consolations : l'évasion du moi, l'auto-insensibilité obtenue par la déformation, complète ou partielle des choses, l'auto-insensibilité obtenue par l'isolement en soi-même ou l'auto-contemplation, l'auto-consolation par l'optimisme concret et par l'optimisme mystique, la consolation par l'auto-persuasion, la joie de la résignation à laquelle se rattachent les systèmes mixtes des grands Evangiles, la joie de la douleur et la joie du martyre, enfin l'auto-consolation par les différents modes de sourire et de rire. Enfin l'auteur consacre un chapitre spécial à l'étude des deux formes suprêmes de libération : crime et suicide.

M. Niceforo ajoute dans ses conclusions : « Il serait facile de montrer, que ces modes de défense du Moi ne sont pas créés exclusivement par des individus isolés, mais que les Sociétés elles-mêmes, considérées comme telles et comme un tout agissant, y ont recours. » Il compte en faire le sujet d'une prochaine publication.

Paul ABÉLY.

Sur deux cas de traitement psychanalytique suivis de guérisons rapides, par S. Nacht. *Le Progrès Médical*, 13 août 1932.

La cure psychanalytique a permis à l'auteur d'obtenir, en un temps relativement court (6 semaines à 2 mois), la guérison de 2 cas d'états obsessionnels. Pour Nacht, la psychanalyse constitue la forme la plus parfaite de la psychothérapie. Ses moyens spéciaux : études des rêves, associations d'idées, explications par des symboles, permettent de réussir là où les autres procédés ont échoué.

P. Carrette.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude de la sclérose en plaques (Contribucion al conocimiento de la esclerosis en placas), par Dominguez Borreguero. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXV, 13 août au 15 octobre 1932.

A une revue générale, Dominguez Borreguero ajoute, concernant les problèmes étiologiques, anatomiques, cliniques et thérapeutiques, aujourd'hui très discutés, sa documentation personnelle, fruit d'observations très complètes. Il signale l'importance de la fatigabilité précoce des membres inférieurs, l'éclosion brusque de l'hémiplégie, la possibilité d'incorporer au cadre clinique une forme à crises épileptiques, la valeur de l'altération de la sensibilité vibratoire, de l'astéréognosie. Il estime qu'on a exagéré l'importance diagnostique des réflexes abdominaux. Il décrit les types à début oculaire, recherche les troubles mentaux sans conclure à une forme plus spécialement fréquente et caractéristique. La prolifération gliale cellulaire précèderait la sclérose fibrillaire, mais les considérations anatomiques ne permettraient pas de tirer des déductions étiologiques. L'absence d'altération type du liquide céphalo-rachidien est un élément intéressant du diagnostic différentiel avec les compressions et les méningo-myéloencéphalites. Enfin l'auteur encourage la thérapeutique arsenicale reconstituante et déconseille l'emploi des pyrétogènes.

P. Carrette.

Hémiplégie douloureuse et hémianalgésie par lésion de la protubérance associées à un processus tabétique (Hemiplegia dolorosa y hemianalgesia par lésion de la protuberancia asociadas a un proceso tabético), par V. Dimitri. *Archivos Argentinos de Neurologia*. T. VII, nº 2, pp. 57-74, septembre 1932.

Le diagnostic de localisation du cas observé par V. Dimitri et des cas analogues est souvent erroné. L'hypothèse en général formulée est celle d'un syndrome thalamique. Le foyer protubérantiel d'origine vasculaire a provoqué une hémiplégie et une hémianesthésie du type syringomyélique. Dans les lésions thalamiques l'atteinte des sensibilités profondes est beaucoup plus marquée. L'auteur discute quelques documents antérieurs publiés sur les syndromes pontiques et interprète les examens anatomiques en insistant sur la valeur diagnostique localisatrice des signes relevant de lésions des noyaux craniens et des différentes zones du faisceau sensitif.

P. Carrette.

Contribution à la symptomatologie de la syringobulbie. Zer Symptomatologie der Syringobulbie), par KRAYENBÜHL. *Monatsschrift für Psychiatrie*, vol. 84, fasc. 1-2, 1932.

L'auteur rapporte 3 cas de syringobulbie avec symptomatologie atypique. Dans un cas l'affection revêtait l'aspect d'une tumeur de la fosse postérieure avec hydrocéphalée secondaire, dans un autre celui de la maladie de Ménière, dans le troisième cas il y avait des troubles psychiques avec somnolence. Seul l'examen méthodique de la sensibilité permit de découvrir une dissociation sensitive typique et de dépister la nature véritable de la maladie.

E. BAUER.

Nouvelle méthode décompressive et évacuatrice de la cavité syringomyélique par ponction faite à son pôle inférieur. Ponction bipolaire de la cavité syringomyélique, par Jiri VITEK. *La Presse Médicale*, pp. 1507-1508, 4 figures, nº 80, 5 octobre 1932.

Cette nouvelle intervention, préconisée par Jirasek, remplacerait avantageusement l'ancienne décompression pratiquée au niveau de la dilatation maxima, pour les cas où les douleurs radiculaires intenses, et la parésie spasmodique des membres inférieurs, sont heureusement influencés par la ponction basse.

L'endomyélographie, qui doit guider cette opération, est également indispensable pour permettre l'application rigoureuse des rayons X sur toute l'étendue de la cavité syringomyélique.

P. CARRETTE.

Autour des tumeurs juxtamédullaires, par Viggo CHRISTIANSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica.* Levin and Munksgaard Publishers. T. VII, fasc. 4, pp. 895-947, Copenhague, 1932.

Une expérience de 20 ans incite le professeur Christiansen à exposer l'évolution des tumeurs juxtamédullaires telles qu'il faut les connaître pour intervenir en temps utile dans un domaine pathologique où la chirurgie est actuellement parfaitement armée. Au premier stade les signes d'irritation et de déficit sont discrets ; plus tard le tableau classique d'une paralysie de Brown-Séquard se dessine et, même si les voies de la conductibilité motrice et sensitive se trouvent simultanément atteintes, ce sont les éléments moteurs qui les premiers et le plus bruyamment donnent lieu à des symptômes paralytiques jusqu'à suppression totale de la conductibilité médullaire. La constatation de la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et l'examen du canal médullaire après injection de lipiodol fournissent aussi des éléments au diagnostic différentiel avec les tumeurs intramédullaires, les lésions vertébrales et la méningite séreuse, sans toutefois prendre le pas sur les constatations cliniques, lesquelles restent, d'après l'auteur, la base essentielle de toute décision en matière de thérapeutique chirurgicale décompressive. L'injection de lipiodol, contrairement aux affirmations de Sicard, ne serait pas toujours sans danger et on doit l'éviter aux patients chaque fois qu'on le peut. Ainsi le médecin s'appliquera à l'étude minutieuse de l'évolution du syndrome et de son mode de début pour motiver sa décision thérapeutique.

P. CARRETTE.

Tumeurs des enveloppes du système nerveux, (Tumors of the sheaths of the nervous system), par Wilder PENFIELD. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juin 1932.

Les gaines des tissus nerveux présentent trois types d'altérations tumorales, généralement limitées et bénignes : les neurofibromes de la maladie de Recklinghausen et les méningiomes avec leurs 2 variétés, les fibroblastomes et les sarcomes. Leurs ressemblances histologiques s'expliquent par leur mode de propagation ; telles par exemple, les tumeurs qui, greffées sur l'acoustique ou les racines spinales, gagnent le tissu méningé voisin. P. CARRETTE.

La visibilité des sinus de la dure-mère par l'épreuve encéphalographique, par Egas MONIZ, Abel ALVES et Fernando de ALMEIDA. *La Presse Médicale*, pp. 1499-1502, 9 figures, n° 80, 5 octobre 1932.

Les auteurs utilisent le thorotrast (suspension colloïdale d'oxyde de thorium à 25 0/0) en injections intra-carotidiennes. La méthode paraît inoffensive. L'opacité artérielle est immédiatement développée et deux secondes plus tard, il est parfois possible de surprendre la circulation capillaire. L'étude du réseau veineux a fourni des données intéressantes sur la situation normale des gros vaisseaux: sinus longitudinal inférieur, sinus droit, ampoule de Galien, qui ne correspond pas toujours aux schémas classiques établis sur le cadavre ou sur le crâne privé d'encéphale. P. CARRETTE.

Méningite séreuse consécutive à un processus purulent dans le sinus maxillaire, par M. WOLFF. *Neurologja Polska*. T. XV, nos 1, 2, 3, 4, 1932.

Ni les rayons X, ni les injections intra-veineuses de solutions hypertoniques n'amenèrent la suppression des céphalées, des vomissements, du nystagmus et des altérations leucocytaires sanguines. La guérison radicale des troubles méningés et oculaires, ainsi que le retour des rapports normaux dans les éléments cellulaires du sang, ne furent obtenus que par stérilisation après ponction du sinus maxillaire infecté. P. CARRETTE.

Méningite tuberculeuse avec xanthochromie (Tubercular Meningitis with Xanthochromia), par Geoffrey BEWLEY. *The Irish Journal of Medical Science*. n° 81, pp. 569-570, septembre 1932.

Dans les cas de méningite cloisonnée, une hémorragie dans la région du tronc cérébral peut, par transsudation, amener une réaction séreuse du liquide céphalo-rachidien dont les altérations varient suivant les niveaux, phénomène qu'il est possible de mettre en évidence par la ponction lombaire et celle de la région du 4e ventricule. P. CARRETTE.

Le ganglion étoilé est-il le centre réflexe de production de l'accès angineux ? par D. DANIELOPOLU. *La Presse Médicale*, 3 août 1932.

L'expérimentation donne des résultats formels. Leriche a obtenu une inhibition du sympathique cardiaque et l'œdème aigu du poumon par piqûre du ganglion étoilé. L'extirpation donne les mêmes accès angineux. La stellectomie ne saurait donc constituer un traitement de l'angine de poitrine. Elle serait plutôt la cause d'accidents myocardiques graves.
P. CARRETTE.

L'influence du système neuro-végétatif sur le système réticulo-endothélial, par V. HASKOVEC. *Revue v Neurologii à Psychiatrii*, juillet 1932.

L'auteur trouve une augmentation du tonus sympathique ou une diminution de celui du parasympathique en rapport avec une stimulation des fonctions de l'appareil réticulo-endothélial. Il opère avec des substances neurotropes comme l'adrénaline, le gynergène, la pilocarpine, l'atropine et se sert, comme moyen de mesure, des procédés colorimétriques au rouge-Congo d'Adler et Reimann.

P. CARRETTE.

Sympathique et Rhumatisme, par LAIGNEL-LAVASTINE. *Nutrition*, Tome II, nº 3, 1932.

Les troubles sympathiques du rhumatisme consistent en : lésions nerveuses par atteinte du protoneurone de l'orthosympathique (tabès, syringomyélie) ; excitation dynamique générale du rhumatisme articulaire aigu ou locale des arthrites infectieuses ou enfin perturbation mixte avec collaboration endocrinienne.

P. CARRETTE.

Un cas d'apraxie sympathique gauche avec hémiplégie droite, par Mme Adam-FALKIEWITCH. *Neurologja Polska*. T. XV, nºs 1, 2, 3, 4, 1932.

L'auteur rappelle que l'impuissance à faire exécuter par des muscles sains, non-paralysés, les mouvements projetés caractérise l'apraxie. En effet, l'intégrité motrice ne suffit pas à réaliser ; il faut une coordination, impossible à garder dans les lésions détruisant le gyrus supramarginalis. Dans l'observation rapportée il s'agit d'un foyer supracapsulaire gauche atteignant les voies pyramidales qui vont à droite et les fibres calleuses de l'hémisphère du côté lésé.

P. CARRETTE.

Le parkinsonisme sulfo-carboné professionnel, par G. B. AUDO-GIANOTTI. *La Presse Médicale*, 20 août 1932.

L'utilisation de plus en plus fréquente du sulfure de carbone dans les industries du caoutchouc et de la soie artificielle rend utile la connaissance du parkinsonisme toxique. Le syndrome strié est accompagné de signes d'anémie progressive, de polynévrites, et de diminution mentale. La gravité des symptômes et du pronostic réclame une sollicitude particulière pour les ouvriers menacés d'une maladie professionnelle dont le traitement est souvent illusoire et qui nécessite la mise en œuvre de tous les moyens d'hygiène et de prophylaxie dans les ateliers.

P. CARRETTE.

Hémisyndrome parkinsonien par traumatisme périphérique, par Marcel FAURE-BEAULIEU, *La Presse Médicale*, 27 août 1932.

Malgré les affirmations de Naville et de Morsier au dernier congrès de Médecine légale, il y a encore beaucoup d'auteurs qui refusent d'admettre qu'un traumatisme localisé puisse avoir une répercussion directe sur

l'encéphale et créer un syndrome parkinsonien. La pathogénie de ces états reste obscure, mais les faits cliniques sont là. L'observation de Faure-Beaulieu est une preuve nouvelle en faveur des conceptions de Naville et de Morsier. Les caractéristiques du parkinsonisme traumatique de cause périphérique sont les suivantes ; période latente signalée par des phénomènes parétiques et douloureux, apparition des manifestations dystoniques dans la région du trauma, extension spasmodique du côté touché, absence de troubles mentaux.

P. CARRETTE.

La chorée ; infection du cavum, par A. COLIN. *Les Nouvelles Thérapeutiques*, 25 septembre 1932.

L'auteur insiste sur l'origine naso-pharingée fréquente des troubles neuro-psychiques. Il publie une intéressante observation où la preuve est tirée du résultat d'un traitement désinfectant énergique. Le syndrome choréique aigu précédé de signes généraux et d'infection des voies respiratoires supérieures céda rapidement, grâce à la guérison de la *cavumite :* curage et écouvillonnages, vaccinothérapie, diététique appropriée et évacuations répétées du tube digestif.

P. CARRETTE.

Un cas de paralysie post-sérique (Un caso de paralisis postsuérica), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Neurobiologia*, juillet-août 1932.

Le 9e jour qui suivit l'injection préventive de sérum antitétanique, la malade observée fut atteinte de signes d'intoxication générale : urticaire, spasmes, vomissements précédant des manifestations paralytiques diffuses, surtout marquées à gauche. Les symptômes disparurent progressivement après le 5e jour. L'auteur émet l'hypothèse d'une localisation de troubles circulatoires dans la région bulboprotubérantielle. Peut-on prévenir ces accidents ? Les sérums désalbuminés, atoxiques, la vaccination antianaphylactique, l'ingestion quotidienne de citrate de soude ont été préconisés, mais l'efficacité de ces moyens n'est pas absolue.

P. CARRETTE.

Les accidents paralytiques du traitement antirabique au cours de ces dernières années, par P. REMLINGER. *La Presse Médicale*, 13 août 1932.

Ces accidents n'ont rien de spécifique et ils peuvent être assimilés aux cas de paralysie de Landry consécutifs à la vaccination antityphique ou aux paraplégies des vaccinés contre la variole. La myélite aiguë du traitement antirabique est une question générale qui montre la nécessité de l'utilisation d'un virus fixe dont les commissions internationales, comme celles de la section d'hygiène de la Société des Nations, devraient déterminer la composition à la suite d'épreuves comparatives de vaccins tués par le phénol et par l'éther.

Cette question, intéressante du point de vue scientifique pur, ne saurait entraîner la discussion sur le terrain pratique des contre-indications de la vaccination antirabique qu'il faut continuer à employer systématiquement suivant la technique pasteurienne en vigueur.

P. CARRETTE.

Lésions des nerfs périphériques consécutives aux injections intra-veineuses et manière de les éviter, par A. Ravina. *La Presse Médicale*, page 1542, nº 82, 12 octobre 1932.

Il est indiqué d'injecter dans la veine médiane quand on le peut ; la basilique est trop proche du brachial cutané-interne et la céphalique du musculo-cutané. On a signalé des lésions définitives du médian. C'est presque toujours le chlorure de calcium qui est à la base des accidents. L'auteur recommande de ne jamais pousser une injection qui éveille une douleur vive, même si tout laisse croire qu'elle est techniquement bien pratiquée.

P. Carrette.

ANATOMIE

A propos d'un cas de schizophrénie avec lésions singulières du système osseux. (Ueber einen Fall von Schizophrenie mit auffalenden Laesionen am Knochensystem), par B. Dietrich. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, nº 49, 1932.

Une démente précoce alimentée à la sonde pendant 3 ans 1/2 présente des déformations squelettiques frappantes, atteignant le crâne, les vertèbres, le thorax, les membres. Les lésions ne ressemblent ni à la maladie de Paget ni à l'ostéoporose. La teneur en Ca du crâne est diminuée. Le Wassermann est négatif dans le sang. Les lésions osseuses sont en rapport avec la schizophrénie, elles sont dues à un trouble nutritif préexistant, qui a été aggravé par l'alimentation à la sonde.

E. Bauer.

La forme constitutionnelle de la main, par Gottfried Kuhnel (de Marhurg) *Zeitschrift für die g. Neurologie et Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 98 à 132.

Etude morphologique de la main et du bras des leptosomes athlétiques et pykniques, effectuée dans le service de Kretschmer. 300 personnes ont été examinées et mesurées. Description minutieuse et très analytique de la structure corporelle, et particulièrement de la main. Les divers types plus ou moins purs se répartissent entre la main leptosomasthénique longue et effilée et la main pyknique, trapue et arrondie. La multiplicité des aspects réels de la main et du bras, qui résulte du mélange des constitutions et des troubles du développement, doit les faire mentionner seulement comme partie d'un tout. On ne doit pas s'attendre à trouver de formes pures.

Henri Ey.

Dégénérescences nerveuses rétrogrades. Etude anatomoclinique et expérimentale (Degeneraciones nerviosas retrogradas. Estudio anatomoclinico y expérimental), par Vicente Dimitri. *La Semana Médica*, 9 juin 1932.

La destruction d'un nerf moteur provoque, outre la dégénérescence wallérienne périphérique, une atrophie progressive secondaire de la cellule ganglionnaire, centre trophique des fibres sectionnées. Trois

mois après l'extirpation du nerf spinal chez le singe, on constate une raréfaction notable des éléments cellulaires dans la colonne grise antérieure et une altération évidente des cellules restantes. Les tumeurs malignes qui ont une influence nocive sur les terminaisons nerveuses ne tardent pas à provoquer des lésions nucléaires plus marquées du côté intéressé. P. CARRETTE.

L'histopathologie de la malariathérapie [fièvre tierce]. (The histopathology of therapeutic [tertian] malaria), par Walter L. BRUETSCH. *The American Journal of Psychiatry*, juillet 1932.

Les documents les plus rares sur la malariathérapie concernent les transformations histologiques subies par l'organisme au cours de l'accès fébrile. L'auteur a pu procéder à des recherches très complètes sur un sujet mort de rupture de la rate à la suite d'impaludation pour syphilis cérébrale. Les préparations de tissu nerveux, de rate, de foie, de moelle osseuse, de tuniques vasculaires, de muscles montrent une stimulation du système réticulo-endothélial sous forme de prolifération de macrophages. Le maximum de développement est accordé à l'étude de la réaction méningo-encéphalique. La stimulation cellulaire est surtout intense autour des vaisseaux de la substance blanche du cerveau, dans le striatum, le Pont, la leptoméninge. P. CARRETTE.

Les plaques séniles, par le Dr A. BONHOUR. (*Revista de Criminologia psiquiatria y medicina legal*. Buenos-Aires. Tome XIX, nº 113, octobre 1932).

Après avoir fait un historique très complet de la question des plaques séniles, de leur fréquence et de leur constitution, l'auteur rappelle que celles-ci se rencontrent surtout dans les cerveaux des déments séniles. Le plus souvent, elles coexistent avec les altérations neurofibrillaires décrites par Alzheimer. Il est à présumer que dans leur constitution interviennent la microglie et l'oligo-dendroglie. L'écorce cérébrale de la corne d'Ammon et de la région frontale sont les endroits où on les observe le plus souvent. L'état des artères ne semble pas avoir d'influence sur leur production, mais le fait qu'on les rencontre parfois chez des individus jeunes donne à penser que leur existence est subordonnée à des troubles des échanges nutritifs producteurs, tantôt de sclérose artérielle fibreuse ou athéromateuse, tantôt d'autres altérations parmi lesquelles les plaques séniles, tantôt des deux causes à la fois. LAUZIER.

Anatomie pathologique et pathogénie des « affections systématisées syphilitiques » du système nerveux central, par le professeur AMMOSSOR et le Dr MASJILLO (de Baku). in *Zeitschrift für die g. Neurologie et Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 30 à 56.

Dans cette étude, basée sur 4 cas cliniques avec examen histologique de dégénérations combinées (Tabès avec syndrome cérébelleux et pyramidal — Tabès avec syndrome pyramidal — Syndromes cérébelleux et pyramidal combinés — Sclérose latérale amyotrophique), les auteurs établissent que ces affections systématisées syphilitiques ont une certaine autonomie. Les phénomènes inflammatoires méningés et vasculaires déterminent des dégénérations du groupe cellulaire et des vaisseaux. Les troubles circulatoires

jouent un rôle plus direct que le processus infectieux lui-même dans le déterminisme des dégénérations. Les lésions bulbaires paraissent être les plus fréquentes. Henri Ey.

Diagnostic histologique des tumeurs du cerveau, (Histologic diagnosis of tumors of the brain), par Percival Bailey. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juin 1932.

L'étude anatomique des tumeurs des centres nerveux n'a pas qu'un intérêt spéculatif, elle permet des précisions cliniques et de traitement du plus haut intérêt.

Les considérations de Percival Bailey s'attachent à deux points : 1° essai de classification et rapports de la forme anatomique avec les données symptomatiques. Il convient de distinguer : les médulloblastomes, tumeurs cérébelleuses de l'enfant, des gliobastomes à tendances hémorragiques et des astrocytomes à formations kystiques dont l'évolution peut être très lente et même se fixer longtemps ; 2° utilisation des données histologiques à l'occasion de l'acte chirurgical. Avant l'intervention, il est nécessaire de préciser le diagnostic par les ressources cliniques, les rayons X, la ponction cérébrale. Pendant l'opération, l'exploration supravitale de Mme Louise Eisenhardt peut fournir des indications sur la marche à suivre. Après la mort, il est toujours utile de faire des coupes et d'augmenter si possible la documentation sur la nature, les formes évolutives de la tumeur, sur les conséquences de l'intervention chirurgicale. P. Carrette.

Hypoplasie congénitale du tractus olivo-ponto-cérébelleux, (Congenital hypoplasia of the olivopontocerebellar), par H. M. Zimmerman et Knox Finley. *Archives of Neurology and Psychiatry* juin 1932.

Il s'agit d'un enfant hydrocéphale de 13 mois, mort au cours de crises respiratoires et convulsives du côté droit. Des zones d'atrophies étendues sont notées dans le cervelet, le faisceau pyramidal, les faisceaux cérébelleux, le corps restiforme, les olives et certains noyaux des nerfs craniens. Les relations, faciles à établir, entre les foyers de dégénérescence, entre l'olive inférieure droite et l'hémisphère cérébelleux gauche, la partie dorsale de l'olive et le vermis, les noyaux droits du Pont et le pédoncule cérébelleux moyen gauche, donnent d'intéressantes précisions sur les connexions du rhombencéphale. P. Carrette.

Fibres corticofuges et d'association provenant du cortex du vermis du cervelet. (Corticofugal and Association Fibers Arising from the Cortex of the Vermis of te Cerebellum), par Mme Lauretta Bender. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juillet 1932.

La méthode dégénérative de Marchi chez le chien a permis à l'auteur de reconnaître expérimentalement l'existence de divers faisceaux de fibres du vermis cérébelleux qu'on peut diviser en 3 groupes :

1° Des fibres corticofuges courtes. Celles de la partie supérieure du vermis vont aux noyaux du Toit ; celles de la partie inférieure aux Noyaux Dentelés accessoires (globule) et aux formations phylogéniquement les plus anciennes du Noyau Dentelé.

2° Des fibres corticofuges longues. Les unes entrent dans le Bras Conjonctif et vont au Noyau Rouge opposé ou au noyau supérieur du Trijumeau ; d'autres gagnent les noyaux du Vestibulaire, la Formation Réticulée, la matière grise juxtaposée à la Bandelette Longitudinale Postérieure et la partie descendante du noyau de Deiters ; enfin, de la partie antérieure, surtout de la Lingula des fibres directes et croisées pénètrent le faisceau en crochet de Russel et vont rejoindre les précédentes dans les noyaux de la partie vestibulaire de la 8e paire et les formations grises voisines. Certains faisceaux originaires des 3 régions citées vont longer le corps restiforme, après avoir participé à la masse des fibres ayant subi la décussation dorsale montent et descendent pour se terminer dans les noyaux du raphé ou dans les Olives.

3° Les fibres d'association intracérébelleuses mettent en connexion toutes les parties du manteau cérébelleux moins nombreuses dans les régions anciennes, plus abondantes dans les formations phylogéniquement plus jeunes.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Les variations de la tension du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de la saignée, par André LEMAIRE et Robert WORMS, *Le Progrès Médical,* 18 juin 1932.

La mesure de la pression rachidienne et artérielle au cours de la saignée montre les variations parallèles des 3 facteurs en jeu. La régulation compensatrice agit d'autant mieux et plus rapidement que la soustraction sanguine a été plus lente. L'interdépendance de ces régulations montre bien la valeur toute relative, la participation très réduite de la sécrétion choroïdienne. Lemaire et Worms complètent ces notions par d'intéressantes recherches expérimentales. Ils établissent que l'effet de la saignée s'amplifie et se prolonge par la ligature du pédicule splénique, que la double vagotonie, l'injection d'atropine ne modifient pas, dans les conditions réalisées, la tension rachidienne. Le mécanisme régulateur paraît plutôt dépendre du système sympathique, comme le prouve l'inhibition provoquée par la pilocarpine.

P. CARRETTE.

Recherches expérimentales sur le liquide céphalo-rachidien. Rapport du glucose dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, par F. BIANCHINI et P. SANDRI. (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* décembre 1932.)

Chez le chat normal, les auteurs ont trouvé dans le liquide céphalo-rachidien un contenu en sucre supérieur au contenu en sucre du sang. Il est au contraire classiquement admis que chez l'homme et différents animaux, la valeur de la glycémie est généralement supérieure à la quantité de sucre du liquide céphalo-rachidien. L'observation de MM. Bianchini et Sanchi est opposée à la théorie suivant laquelle les éléments chimiques du liquide céphalo-rachidien sont produits par dialyse.

Paul ABÉLY.

Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien des déments précoces, par R. Pasqualini et P. Brunelli (d'Ancône). (*Note et Riviste di Psichiatria*, décembre 1932).

Les auteurs ont étudié le comportement de la pression, du taux d'albumine, des réactions aux globulines et aux colloïdes, dans le liquide céphalo-rachidien des déments précoces. Ils ont trouvé dans la majeure partie des cas, un pourcentage élevé de résultats sub-positifs, surtout dans le stade avancé de la maladie.

Ils émettent l'opinion que le liquide céphalo-rachidien s'altère dans sa composition chimique et physico-chimique d'une façon progressive et à la faveur des processus dégénératifs que subit le parenchyme cérébral dans la démence précoce.

Paul Abély.

La réactivation du liquide céphalo-rachidien (La reactivacion del liquido cefalo-raquideo), par L. Ciampi, A. Bruno et L. B. Ansaldi. *Boletin del Instituto Psiquiatrico de la Facultad de Ciencias Medicas de Rosario.* Nos 12, 13, 14, 15, pp. 50-67, janvier-décembre 1932.

La négativation des réactions biologiques après le traitement des différents types de syphilis cérébrales fournit un document important pour l'établissement du pronostic. Il est possible de rendre ces données du laboratoire plus précises et d'en tirer le maximum d'enseignements grâce à la réactivation. Les auteurs ont recours à la technique suivante : ils pratiquent une seule injection intra-rachidienne de bismuth sous forme soit de bismuthoïdol, soit de préférence d'une suspension huileuse correspondant à 0 gr. 03 de métal (Bisiacol). Ce procédé leur a montré que, souvent, des syphilis cérébrales négativées par la malariathérapie depuis de longs mois (27 dans un cas), présentaient, 4 jours après l'injection, un liquide céphalo-rachidien à syndrome humoral complètement positif. D'autre part l'injection réactivante ne provoque pas de modifications biologiques dans les états non-syphilitiques. Il est également intéressant d'observer que le renouvellement des injections intra-rachidiennes de bismuth négative à nouveau et assez rapidement le liquide céphalo-rachidien et que c'est le Wassermann qui paraît dans ce cas se montrer, non pas le plus résistant, mais le plus sensible.

P. Carrette.

Polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans le sommeil cataleptique et dans la stupeur catatonique, par H. Claude, H. Baruk et H.-R. Olivier, *Comptes rendus des séances de la société de Biologie ;* séance du 23 juillet 1932. Tome CX, page 1275.

Il existe une élévation de l'indice de clivage du liquide céphalo-rachidien dans le sommeil cataleptique et la stupeur. Cette modification s'accompagne souvent d'insuffisance hépatique et traduirait l'atteinte toxique du névraxe secondaire ou primitif.

P. Carrette.

La dissociation de la tension rétino-humérale. (La disociación tensional retino-humeral), par Rodolfo Julio GUIRAL. *Archivos de Neurologia,* mai-juin 1932.

Les signes d'augmentation de la pression artérielle centro-rétinienne renseignent avec précision sur l'état des vaisseaux issus du système carotidien. Il est utile de rechercher l'état de ce système chez les sujets ayant atteint la cinquantaine. L'hypertension rétinienne isolée est d'un pronostic fâcheux. Les hypertensions courantes, décelées par l'augmentation des chiffres obtenus au niveau des humérales, ne doivent pas être systématiquement combattues, sans examen du fond d'œil qui permet souvent de soupçonner l'imminence d'accidents congestifs et de foyers de ramollissements.

P. CARRETTE.

La pression moyenne dans la démence précoce, par G. COLOGNESE (de Padoue). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* décembre 1932).

L'auteur étudie longuement la fonction circulatoire dans la démence précoce. Il est arrivé à mettre en évidence que dans la majorité des cas la pression maxima était très sensiblement diminuée, mais surtout que la pression moyenne était nettement augmentée (élévation associée à une élévation de la minima) et cela indépendamment d'une hypertrophie du ventricule gauche. L'équilibre circulatoire des hébéphréniques est habituellement troublé.

Paul ABÉLY.

La Réaction Xanthoprotéique dans diverses maladies mentales, par Rosa BELLINCIONI (de Florence) (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* novembre 1932).

L'auteur a étudié la Réaction Xanthoprotéique dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de divers aliénés.

Il a observé une modeste mais constante augmentation de cette réaction, surtout dans le sérum des déments précoces, jamais dans le liquide céphalo-rachidien.

Il pense qu'on peut rechercher l'explication de ce phénomène dans l'absorption par voie intestinale de produits anormaux selon la conception de Buscaino.

Paul ABÉLY.

Des globulines du sérum sanguin dans les maladies mentales, par V. MARTINENGO. (*Note et Riviste di Psichiatria,* décembre 1932).

L'auteur utilise la méthode des dillusions, applicable aux réactions de Nonne-Appelt et de Pandy. Il a étudié par ce procédé la quantité des séro-globulines du sang chez 237 aliénés, cela afin de contrôler la fragilité colloïdale du sérum du sang dans de telles maladies. Il a constaté une nette augmentation des séro-globulines dans toutes les psychopathies à base syphilitique et dans de très nombreux cas de formes initiales ou évolutives de schizophrénies. Il a trouvé une diminution de ces mêmes séro-globulines dans les états d'excitation maniaque ou d'alcoolisme.

Le taux demeurait normal dans les états dépressifs, épileptique, psychasthénique et dans les formes très anciennes et fixées de schizophrénie.

Paul ABÉLY.

Contribution à l'étude des altérations du métabolisme de la créatinine et ses relations avec la réaction du milieu et l'excitabilité chez les malades mentaux. (Contribución al estudio de las alteraciones del metabolismo de la creatinina y de sus relaciones con la reacción del medio y la excitabilidad en los enfermos mentales), par B. Lois Asorey. *Archivos de Neurobiologia*, juillet-août 1932.

La créatinine représente une phase terminale de la dèstruction organique des protéines ; c'est une guanidine dont on connaît le pouvoir toxique, sa combinaison méthylée étant un agent producteur de la tétanie expérimentale. Le dosage de la créatinine urinaire se fait par la méthode colorimétrique après réaction en présence d'une solution alcaline d'acide picrique. Les recherches dans l'épilepsie ont montré l'abaissement de l'élimination urinaire par rapport à la normale. Chez tous les sujets, on constate une même diminution dans les états toxiques liés à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire et au contraire une élimination normale ou augmentée dans les syndromes où l'état émotionnel est émoussé (démences, imbécillité).

P. Carrette.

Le métabolisme pigmentaire dans l'hypothyroïdisme incipiens. Discussion et nouvelles déductions au sujet de l'anémie pernicieuse. (El metabolismo pigmentario en el hipotiroidismo incipiente. Discusion y nuevas deducciones de la anemia perniciosa), par E. Oliver Pascual, S. Montejo, J. Galan y A. Oliver. *Revista Médica de Barcelona*, septembre 1932.

Les formes bénignes d'hypothyroïdisme sans myxœdème apportent certains troubles dans la formation de l'hémoglobine. Cette étiologie des syndromes anémiques est généralement méconnue. Ils s'accompagnent d'un fléchissement du métabolisme basal. D'autres systèmes collaborent à l'établissement du syndrome : infections gastro-intestinales, insuffisance rénale et musculaire. La thérapeutique par l'organothérapie ; extraits thyroïdiens et de muqueuses gastrique, hépatique et splénique doit être instituée ; elle a donné aux auteurs des résultats satisfaisants.

P. Carrette.

Troubles de l'équilibre acido-basique dans la Psychose maniaque-dépressive et sous l'influence d'émotions, par Halina Jankowska (Wilno). *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 394 à 402.

Il existe une augmentation en *p*H urinaire et un trouble de la régulation ammoniacale dans la folie maniaque-dépressive lorsqu'il y a anxiété. Ces troubles existent également dans les états émotifs chez les individus sains.

Henri Ey.

Le métabolisme basal sous l'influence des affects dans la Psychose maniaque-dépressive, par Halina Jankowska (Wilno). *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 380 à 394.

Après un bon exposé historique, l'auteur fournit le résultat de nombreuses recherches. Le matériel étudié comprend 16 observations. Les mesures ont été faites en période affective aiguë et à l'état de calme. Une augmentation du métabolisme a été notée dans 4 états de dépression avec

anxiété. Cette augmentation est plus nette qu'au cours des états anxieux chez un sujet normal. Le Q.R. diminue généralement, indiquant ainsi une alcalose émotive vraisemblable. Bibliographie allemande de la question.

Henri Ey.

Taux du métabolisme basal dans l'épilepsie. Exposé de 350 cas. (Basal Metabolic Rate in Epilepsy. Report of Tree Hundred and Fifty Cases), par Legrand A. Damon. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juillet 1932.

L'auteur étudie d'abord les variations du métabolisme basal dans un lot de 300 malades à crises fréquentes. Dans près de 50 0/0 des cas, les chiffres furent trouvés anormaux ; diminués dans les 2/3 des cas et plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Ni l'âge, ni la thérapeutique courante ne paraissent avoir une influence réelle. 50 autres patients à crises rares (espacées de plus d'un an) ont présenté des écarts moins considérables avec la normale. Il y a peut-être, dans ces recherches, des suggestions utiles quant à l'étiologie et au traitement de l'épilepsie.

P. Carrette.

Pathochimie du cerveau. 1e partie : Paralysie générale, par M. Serijski et R. Topstein (de Moscou) *Zeitschrift für die g. Neurologie et Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 57 à 64.

Recherches portant sur 9 cas dont 3 malarisés. Les auteurs ont recherché la teneur en eau, en cholestérine et les variations des phosphatides. Pas d'accroissement notable de la proportion d'eau, augmentation de la cholestérine (sauf pour le lobe frontal) et diminution des phosphatides, particulièrement dans la région frontale (tandis qu'il y a augmentation au pôle occipital).

Henri Ey.

Action expérimentale des ondes courtes sur les fonctions cérébrales chez l'homme, par H. Hoff et E. Weissenberg. *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 460 à 468.

Le balayage par ondes courtes de la surface cranienne détermine divers mouvements, particulièrement dans la région des fosses cérébelleuses. Dans la région frontale, on obtient des réactions de raccourcissement dans les extrémités contralatérales.

Henri Ey.

ENDOCRINOLOGIE

Idiotie mongolienne et hyperthyroïdisme, par M. Mario Pennachietti (de Turin) (*Revue Neurologique*, Sept. 1932).

L'auteur ayant constamment observé, dans tous les cas d'idiotie mongolienne qu'il a observés, un état d'hyperthyroïdisme, léger mais réel, associé à une hypoévolution (dépendant peut-être du même trouble thyroïdien) des organes préposés à l'accroissement dimentionnel (thymus, cortico-surrénale) reconstruit la pathogénie de l'idiotie mongolienne : « infantilisme somatique congénital avec les marques d'une sénilité précoce, dépendant

d'un processus d'accroissement somatique et de développement psychique compromis dans son développement ultérieur par un processus de différenciation des divers étages structuraux trop rapides et précoces, d'origine thyroïdienne. » Jean TUSQUES.

Le facteur thyroïdien dans la paralysie familiale périodique. Description d'un cas (The Thyroid Factor in Family Periodic Paralysis. Report of a Case), par Samuel MORRISON et Milford LEVY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXVIII, n° 2, pp. 386-393, août 1932.

Les recherches récentes de Dunlap et Kepler tendent à attribuer certains phénomènes aigus paralytiques ou myasthéniques à l'intoxication thyroïdienne, révélée par une poussée contemporaine de goitre exophtalmique. Le traitement par l'iode, par la thyroïdectomie subtotale ou par les procédés endocriniens mixtes ont parfois guéri des cas rebelles.

P. CARRETTE.

Diagnostic et traitement de l'hyperthyroïdisme avec discussion des derniers résultats. (The diagnostic and treatment of hyperthyroïdism with a discussion of the end results), par George CRILE. *The Irish Journal of Médical Science*, juin 1932.

L'auteur expose les dernières conceptions du traitement de la maladie de Basedow par les méthodes chirurgicales. Il considère que la guérison peut être assurée si, 2 ans après l'intervention, aucun symptôme clinique d'hyperthyroïdie n'est constaté et si le métabolisme basal reste normal.

George Crile note, dans l'opération, l'importance de la division des plans musculaires, de l'hémostase, de la protection des troncs nerveux et des parathyroïdes, du drainage. L'équilibre physiologique entre les fonctions cérébrales, surrénaliennes et sympathiques dépend surtout de la conservation d'une quantité utile de tissu thyroïdien en tenant compte des tendances hyperplasiques post-opératoires. Le stade hypothyroïdien, qu'il faut obtenir pendant une courte période, réalise un cycle d'activité générale légèrement réduite qui rétablit la sérénité et le calme du sujet et favorise l'augmentation de poids. P. CARRETTE.

Sur la présence de l'hormone antehypophysaire dans le tuber cinereum et dans le liquide ventriculaire chez l'homme, par Giacomo PIGHINI. (*Rivista sperimentale di Frenatria*, septembre 1932).

Utilisant la réaction de Zondek, modifiée par Brouha et Simonet, pratiquée chez des souris impubères et après des contrôles histologiques particulièrement précis, l'auteur a pu mettre en évidence la présence de l'hormone sexuelle préhypophysaire dans le tissu du tuber cinereum et dans le liquide ventriculaire humain. Paul ABÉLY.

Un cas de tumeur de l'hypophyse à évolution insolite, par L. PRUSSAK. *Neurologia Polska*. T. XV, n° 1, 2, 3, 4, 1932.

Le malade atteint de cécité double presque totale avec papilles normales, troubles psychiques polymorphes et hypophysaires (destruction de la selle turcique) fut rapidement débarrassé de ses symptômes visuels à la suite

d'une brusque et violente céphalée accompagnée d'obnubilation et de fièvre. L'auteur pose le diagnostic de tumeur kystique qui, par le fait d'une rupture, provoqua une méningite.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des troubles vasculaires périphériques au cours des pertubations de la sécrétion ovarienne, par M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et René CACHERA. *Nutrition*. Tome II, n° 3, 1932.

Un nombre considérable d'acrocyanoses coïncidant avec l'hypertension veineuse seraient dues à l'insuffisance ovarienne.

P. CARRETTE.

Innervation spinale de glandes sexuelles femelles (travail expérimental), par Ilja PINES (*Institut Bechterew*). *Zeitschrift für die g. Neurologie und. Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 199 à 211.

Recherches entreprises sur six chattes ovariotomisées et sacrifiées au bout de 14 à 18 jours. Siège des lésions : 4e segment lombaire (empiétant sur les 3e et 5e segments) et 1er et 2e segments sacrés. Les lésions lombaires se terminent dans la région de la corne latérale. Dans le segment sacré, les cellules dégénérées se trouvaient dans la partie centrale de la corne antérieure. Les lésions étaient prépondérantes du même côté, mais on a noté des altérations contralatérales constantes. Il existait également des modifications dans les ganglions sympathiques.

Henri EY.

Pathologie du caractère et ses relations avec les troubles de la sécrétion interne, par M. Wl. STERLING. (*Rocznik Psychjatryczny*, fasc. XX, 1933, p. 101).

M. Wl. Sterling souligne le rôle très important exercé par les glandes endocrines sur la sélection des types constitutionnels, sur le développement des anomalies et leur influence sur la formation du caractère.

En se basant sur les données apportées par la clinique et l'expérimentation, l'influence de la sécrétion interne sur la pathologie du caractère ne peut être envisagée que sous forme d'hypothèse.

En admettant le principe adopté dans les recherches de Kretschmer, d'Ewald et de Sperenski, M. Wl. Sterling groupe les glandes endocrines en deux catégories :

1° Glandes dont la sécrétion est excitante ;
2° Glandes ayant une sécrétion inhibitrice.

Sous l'action exercée sur les processus du métabolisme et les réactions psychobiologiques dans les conditions d'équilibre normal, ces deux groupes créent un état d'harmonie fonctionnelle. Mais cette harmonie peut être troublée.

Au point de vue qualitatif, la sécrétion de tel ou tel groupe peut devenir prépondérante. La prépondérance des glandes endocrines du type excitant détermine la formation du tempérament *sanguin*, tandis que les glandes du type opposé donnent l'origine au tempérament *phlegmatique*. Les deux groupes sont subordonnés aux centres neuro-végétatifs qui décident de la

prépondérance du groupe excitant ou inhibiteur et président à la stabilisation du tempérament et du caractère de l'individu.

Les modifications qualitatives de tel ou tel groupe se répercutent sur la constitution physique des sujets et sur la formation de leur caractère. C'est dans ces conditions que se manifestent les nombreuses anomalies physiques que Kretschmer a groupées sous l'étiquette du type dysplasique.

C'est dans ces conditions également que peuvent se manifester toutes les variantes des réactions liées au caractère et qui sont à la base du caractère pathologique.

M. Wl. Sterling accepte le principe du groupement des glandes endocrines, proposé par Speranski et modifié par Ewald, il introduit seulement dans cette conception une réserve importante. Bien que l'action hormonale sur le caractère et le tempérament soit incontestable, ceux-ci dépendent avant tout du système nerveux central, principalement du mésencéphale, du pédoncule cérébral et des centres neuro-végétatifs. Les troubles du caractère, consécutifs à l'encéphalite épidémique, en donnent la preuve.

Envisagés sous ce jour, les troubles de la sécrétion interne n'ont pas dans la pathologie du caractère un rôle étiologique. Ils exercent une influence incontestable sur la constitution partielle de l'encéphale et du mésencéphale et modifient le caractère individuel à la manière pathoplastique.

FRIBOURG-BLANC.

Les troubles de la régulation neuro-endocrinienne dans la pathogénie du diabète, par Pierre MAURIAC. *La Presse Médicale*, 2 juillet 1932.

La pathogénie du diabète doit tenir compte des troubles d'origine nerveuse qui viennent s'ajouter aux insuffisances du foie et du pancréas. L'auteur montre comment les centres assurant la régulation hydrique, la sécrétion hypophysaire, l'équilibre du système neuro-végétatif peuvent être atteints des mêmes lésions toxi-infectieuses ou traumatiques que les organes paradigestifs, et contribuer à l'éclosion du diabète.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Proposition de comprendre parmi les maladies à déclaration obligatoire les troubles mentaux, l'alcoolisme, la toxicomanie et les maladies vénériennes, par le Prof. F. CASTEJON. (*Annales de Medicina legal, psiquiatria y anatomia patologica.* Barcelone, Tome I, nº 2, Février 1933).

Ce travail, élaboré dans la section de Droit pénal de l'Université de Séville et destiné au Congrès d'Hygiène mentale, propose de demander au Gouvernement espagnol la qualification de « maladies publiques » sujettes à une déclaration obligatoire aux autorités, pour les maladies suivantes : troubles mentaux, alcoolisme, toxicomanie et maladies vénériennes.

L'auteur, après avoir rappelé les bases juridiques de la déclaration des maladies contagieuses, montre combien est désirable la connaissance par les autorités de tous les individus alcooliques, toxicomanes ou atteints de troubles mentaux, ceux-ci étant particulièrement redoutables au point de vue de l'ordre public et de la sécurité générale.

LAUZIER.

THÉRAPEUTIQUE

Essai de traitement de la Mélancolie par l'hématoporphyrine, par J. Vinchon et P. Bourgeois. Travail du Service du Professeur Laignel-Lavastine (8 pages in *Bull. de la Société de Thérapeutique.* Séance du 8 février 1933.

Isomère de la bilirubine, l'hématoporphyrine a été employée depuis 1929 par Hübmerfeld, Fikentscher, Fink, Emmingo, dans le traitement des états de dépression et de la mélancolie anxieuse. MM. J. Vinchon et P. Bourgeois rapportent ici quatre observations desquelles ils concluent que l'hématoporphyrine agit de façon remarquable sur l'inertie et l'inhibition motrice et psychique des malades. Son emploi, par la bouche ou en injections intramusculaires, permettrait de diminuer considérablement ou même de supprimer l'emploi des opiacés et des barbituriques. L'action, en quelque sorte spécifique dans la mélancolie vraie, serait nulle dans les états de dépression psychasthénique. Pour Hübmerfeld, cette substance, photodynamique, agirait sur les centres végétatifs par l'intermédiaire de la sensibilité cutanée. Son emploi est absolument inoffensif. René Charpentier.

Curiethérapie des psychoses, par Gabriel Petit (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Séance du 21 février 1933).

L'origine des essais thérapeutiques de M. G. Petit remonte à 1910-1911. Dans deux notes à l'Académie des Sciences (14 mars 1910 et 31 décembre 1911), G. Petit, Dominici et Jaboin signalaient la *radioactivité persistante de l'organisme résultant de l'injection intra-veineuse de radium insoluble.* Ces recherches devaient orienter M. G. Petit vers une sérothérapie radioactive de certaines pyschoses. Les premiers essais ont été faits avec le Docteur Marchand, à la Maison Nationale de Charenton (1911-1913) et les résultats exposés dans la *Revue de Psychiatrie* (décembre 1913). Ces premiers essais par des procédés variés avaient donné des résultats encourageants. Pendant la guerre, et immédiatement après, il a fallu renoncer au sérum radioactivé et des essais ont été faits par l'auteur et Marchand sur le thorium X. Daday, Bessière et Jaloustre ont poursuivi ces recherches et en ont publié les résultats dans la *Presse Médicale* de 1922, p. 520 : Sur un essai de thorium X dans la thérapeutique psychiatrique. M. G. Petit a poursuivi dernièrement ces recherches par le sérum radioactivé, à l'hôpital Henri-Rousselle, avec la collaboration de A. Courtois. Le dossier réuni par les auteurs comprend 52 observations. 34 cas de confusion mentale avec 21 guérisons et 13 échecs.

15 délires aigus (encéphalite psychosique aigu azotémique), avec 6 guérisons, 4 échecs et 5 décès.

3 cas de mélancolie avec 3 échecs. Sengès.

Thérapeutique des psychoses par la narcose prolongée. (Prolonged narcosis as therapy in the psychoses), par Harold D. Palmer et Alfred L. Paine. *The American Journal of Psychiatry*, juillet 1932.

Les auteurs ont recours à la technique suivante. Ils administrent, par voie buccale, sous-cutanée ou intra-veineuse, un barbiturique à dose progressive suffisante pour obtenir quotidiennement un nombre important d'heures de sommeil complet. Certains malades dorment 20 heures et la cure est renouvelée pendant 7 à 10 jours. Ce procédé hardi, et parfois dange-

reux, demande un examen attentif du cœur et des émonctoires. Le médicament qui paraît le plus efficace est l'amytal sodique, employé seul ou associé à l'hyoscine, aux pyrétogènes. On lui substitue parfois le luminal. Palmer et Paine estiment, contrairement à l'opinion de Bancroft et Richter, que les psychoses du type schizophrénique sont beaucoup moins favorablement influencées que les états maniaque-dépressifs.

P. CARRETTE.

Thérapeutique somatique des psychoses graves, à l'intérieur de l'asile et au dehors. (Somatische Therapie des schweren Psychosen innerhalb und auss'erhalb der Anstalt), par I. E. STAEHELIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXX^e^, fasc. 1^er^, 1932.

Le traitement méthodique des psychoses, psychothérapique et somatothérapique, est encore trop entravé par les défauts de l'organisation hospitalière psychiatrique. Les asiles sont encombrés par des malades qui relèvent en réalité des hospices, sujets atteints d'affections physiques incurables avec troubles psychiques secondaires. Les malades, qui ont besoin d'une thérapeutique intensive précoce, en particulier les schizophréniques et les paralytiques généraux, sont hospitalisés trop tard. Les malades atteints de névroses, sont placés dans les hôpitaux généraux, où ils ne reçoivent le plus souvent que des traitements anodins. Pourtant, dans la plupart des asiles d'aliénés, l'inaction d'autrefois a cédé la place à une grande activité thérapeutique, qui ne manque pas de résultats. L'auteur passe en revue les méthodes récentes de traitement de la paralysie générale, de somatothérapie de la schizophrénie, de la psychose maniaque-dépressive, de l'épilepsie. L'étude de certaines méthodes : pyrétothérapie, cures de sommeil prolongé par le Dial ou le Somnifène, est particulièrement développée ; l'auteur rapporte ses propres résultats, essaie de dégager les indications et les contre-indications cliniques, sans faire preuve d'un optimisme excessif.

E. BAUER.

Le Nembutal dans la clientèle mentale hospitalière (Nembutal in Mental hospital Practice), par Duncan Mac MILLAN. *The Journal of Mental Science*. T. LXXVIII, n° 323, pp. 892-900, octobre 1932.

Le Nembutal (éthyl-I-méthyl-butyl barbiturate de sodium) utilisé comme succédané affaibli de l'amytal sodique, a d'abord servi la chirurgie comme anesthésique associé à la morphine et à l'atropine. En injections intra-veineuses, à la dose de 10 cmm. d'une solution à 5 0/0, il a donné à l'auteur une sédation des manifestations aiguës chez les agités maniaques et les anxieux. La torpeur (de 3 heures en moyenne) qu'il permet généralement d'obtenir favorise l'interrogatoire de certains délirants inaccessibles, du fait de leur incohérence ou de leur réticence. P. CARRETTE.

Essais de traitement de la schizophrénie par la transfusion du sang. Therapeutische Versuche mit Bluttransfusion bei Schizophrenie), par H. GOLDBLADT et A. KRAPEWKIN. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, n° 52, 1932.

Les auteurs ont traité 12 cas de schizophrénie, dont 10 « aigus » et 2 « chroniques ». Dans 8 cas, ils ont observé des résultats favorables, dans

3 cas, les rémissions étaient de longue durée. Les donneurs étaient : 7 sujets sains, 1 schizophrénique guéri et 1 schizophrénique amélioré.

E. Bauer.

Traitement spécifique de la Syphilis et temps d'incubation de la paralysie générale et du tabes. (Spezifische Syphilisbehandlung und Inkubationszeit (Latenzzeit) der progressiven Paralyse und des Tabes). par P. Iossmann. *Monatsschrift fur Psychiatrie*, Vol. 84, n° 5, 1932.

Une enquête, qui a porté sur 1.642 cas, a démontré l'apparition plus précoce des accidents tabétiques et paralytiques chez les malades traités. Ce fait est dû à l'insuffisance fréquente des traitements, plus néfaste pour les malades que leur inexistence, et non a une influence nocive de la thérapeutique spécifique en général. E. Bauer.

Revue de 7 années de malariathérapie dans la paralysie générale (A Review of Seven Years' Malarial Therapy in General Paralysis), par W. D. Nicol. *The Journal of Mental Science*. T. LXXVIII, n° 323, pp. 843-866, octobre 1932.

Les meilleurs résultats ont été obtenus par la fièvre tierce bénigne dans les formes expansives de la paralysie générale. Les formes démentielles simples, peu évolutives, sont les plus rebelles. On les rencontre plus souvent chez la femme et la statistique de ces cas féminins est en effet moins favorable. L'auteur préconise le traitement à titre prophylactique et le changement du type fébrile quand la réinoculation est nécessaire.

P. Carrette.

Paralysie générale ; résultats de 8 années de malariathérapie (General Paralysis : Results of Eight Years of Malarial Therapy), par B. Reid. *The Journal of Mental Science*. T. LXXVIII, n° 323, pp. 867-877, octobre 1932.

La moyenne annuelle des améliorations suffisantes pour rendre le malade à la liberté est de 31 0/0 ; 12 0/0 vivent dans ces conditions depuis 6 à 9 ans. Dans les cas où la rémission mentale n'est pas obtenue, on note une meilleure condition physique. L'auteur ne croit pas qu'il y a un bénéfice appréciable à retirer d'une réinoculation. P. Carrette.

Malariathérapie des psychoses non luétiques (Malarioterapia en las psicosis no luéticas), par M. Levi Bianchini et J. Nardi. *Archivos de Neurobiologia*. Tome XII ; n° 4, pp. 427-446, juillet-août et n° 5, pp. 585-630, septembre-octobre 1932.

Levi Bianchini et Nardi reconnaissent à la malariathérapie une action excito-catabolique et harmonique favorisant l'élaboration de produits de rechange et permettant ainsi une réactivation de l'organisme. Toutes les psychoses dont le mécanisme rappelle celui de la paralysie générale subiront les mêmes modifications sous l'influence de la pyrétothérapie. Les auteurs placent dans ce groupe certaines schizophrénies, véritables méta-encéphalites post-infectieuses, analogues à la bradyphrénie consécutive à l'encéphalite épidémique. Ils signalent également les résultats favorables dans les dysthymies conditionnées par des troubles périodiques profonds

de l'appareil endocrinien, dans lesquelles la malaria déclanche une colloïdoclasie opportune.

Il est indéniable que la fièvre provoquée ne peut modifier les oligophrènes, les scléroses cérébrales des parkinsoniens ou des épileptiques. Toutefois il y a, dans un grand nombre de cas, un intérêt majeur à tenter l'impaludation, thérapeutique en général inoffensive, améliorant rapidement la psychomotricité et l'état physique comme on peut s'en assurer par la constatation fréquente de l'augmentation de poids et du relèvement de la valeur globulaire du sang.

P. CARRETTE.

Etude sur la pyrétothérapie (A Study in Pyretotherapy), par T. D. POWER. *The Journal of Mental science*. T. LXXVIII, n° 323, pp. 878-891, octobre 1932.

Le mécanisme de l'action des pyrétogènes est, dans cette étude, exposé avec précision. L'auteur rappelle les fonctions capitales du réticulo-endothélium des glandes lymphatiques, du foie, de la moelle osseuse, de la rate, etc., dans la lutte contre les infections. Chez le paralytique général, ces tissus sont déficients. Les injections intra-musculaires de soufre en solution huileuse et la malariathérapie stimulent puissamment le système réticulo-endothélial et rendent ainsi à l'organisme ses moyens de défense.

P. CARRETTE.

Le traitement de l'épilepsie. Etudes comparatives, par St. SWIERCZEK et St. KAISEROWNA. *Nowiny Psychjatryczne*, Tome IX, n° 3 et 4, 1932.

Notre thérapeutique habituelle par le gardénal, le luminal ou le bromure paraît, en définitive, la meilleure. Les essais par le permanganate de potassium, l'autohémothérapie, les extraits d'ovaire ; les combinaisons du gardénal avec la phénacétine ou la caféine se sont montrés moins efficaces.

P. CARRETTE.

Recherches sur certaines formes d'azotémie en médecine mentale, par Mlle El. JACOB et P. DOUSSINET. *Le Progrès Médical,* 31 décembre 1932.

L'hyperazotémie paroxystique apparaît au cours de certains troubles mentaux aigus et subaigus, accompagnée de désordres digestifs et d'oligurie. Les auteurs ont réussi à précipiter l'évolution favorable de ces manifestations en aidant à la diurèse et secondairement à la disparition de l'azotémie. A cet effet, ils ont employé le salicylate neutre d'ésérine en solution à la dose de 1 centigramme pour 10 cmm. 30 à 50 gouttes de cette préparation doivent être administrées quotidiennement en 2 fois pendant le temps nécessaire à la disparition des symptômes toxiques et au retour de l'urée sanguine à un taux moyen.

P. CARRETTE.

La sérothérapie cérébrospinale. Qu'en penser ? par J. DUMONT et R. PIERRET. *Biologie Médicale*, juillet-août 1932.

Les échecs de la sérothérapie antiméningococcique doivent être attribués assez souvent à des insuffisances techniques. Les injections, pour

atteindre au maximum d'efficacité seront précoces, massives et répétées. Les auteurs espèrent que, dans l'avenir, on obtiendra des préparations à la dose optima. Le sérum polyvalent, utile aux premiers stades de la méningite, doit être remplacé, dès l'identification du germe, par le sérum spécifique.

P. CARRETTE.

Expérience de traitement des scléroses multiples par le chlorydrate de Quinine. (Experiences in the Treatment of Multiple Sclerosis with Quinine Hydrochloride), par Richard M. BRICKNER. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juillet 1932.

La base théorique de cet essai repose sur l'hypothèse suivante : l'activité lipolytique anormale du sang serait due à la présence d'une lipase qui décomposerait la myéline. Cette lipase pourrait être neutralisée par l'action de la quinine administrée par voie buccale à la dose d'un gramme environ par jour. L'auteur sans se préoccuper du groupement clinique des faits, a observé un certain nombre de symptômes résultant de scléroses multiples. Les troubles les plus récents ont été améliorés dans plus de la moitié des cas et le résultat paraît durable. Il y a une remarquable fixité dans l'intervalle qui sépare le début du traitement de celui de l'amélioration.

P. CARRETTE.

L'avenir et la signification de la chirurgie des parathyroïdes, par René LERICHE. *La Presse Médicale,* 20 juillet 1932.

La maladie de Recklinghausen et certaines arthrites ankylosantes avec hypercalcémie sont heureusement influencées par une intervention chirurgicale portant sur la région parathyroïdienne. Comme la chirurgie du sympathique, cette nouvelle technique est appelée à un avenir considérable dans le traitement des affections du tissu conjonctif, mais il est indispensable de réaliser d'abord de nouvelles recherches physiologiques comparatives sur les malades et sur les opérés.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Les délinquants psychopathes, par R. DE SAUSSURE. Rapport présenté à la 79e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie. Berne 1931. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie.* Vol. XXX, fasc. 1er 1932.

Nos conceptions cliniques et médicolégales sur les psychopathes délinquants ont beaucoup évolué, mais les solutions pratiques laissent encore beaucoup à désirer. Les médecins se heurtent à l'hostilité et à l'incompréhension de la part de la majorité des juristes. Les résultats obtenus dans les établissements pénitentiaires modernes, où l'intérêt est porté sur le côté éducatif de la peine, et même dans les annexes psychiatriques ont été quelquefois décevants. Le traitement des psychopathes délinquants doit s'inspirer des acquisitions de la psychanalyse; l'auteur cite à l'appui les travaux d'Alexander et les expériences qu'Aichhorn a faites avec de jeunes criminels dissociaux. Les juges devraient avoir des connaissances plus appro-

fondics en criminologie, ils devraient aussi être conscients des mobiles qui poussent la foule à juger, qui nous ont été révélés par la psychanalyse, et par lesquels ils se laissent influencer eux-mêmes. Il importe de dissiper les facteurs affectifs qui s'opposent aux solutions rationnelles, « il importe surtout que nous, psychiatres, nous prenions nos responsabilités et que puisqu'il s'agit d'un problème médical, nous imposions nos solutions au corps des juristes ».

E. Bauer.

Contribution à l'étude expérimentale de la psychologie du délinquant. L'épreuve de la pénalisation des délits. (Contribucion al estudio experimental de la psicologia del delincuente. La prueba de la penalizacion de los delitos), par J. Fuster. *Archivos de Neurobiologia*, mai-juin et juillet-août 1932.

L'évolution du Droit Pénal, les progrès dc la psychiatrie et de l'anthropologie criminelle, la transformation des idées sur la nature et les fins de la répression doivent aboutir à une réorganisation du régime pénitencier. La proportion dcs anormaux, surtout parmi les récidivistes, est élevéc.

En dehors des moyens d'investigation psychique habituels, l'auteur préconise l'usage systématique de tests dits « de la pénalisation des délits » qui consistent à faire fixer par le prévenu les condamnations qu'il prévoit pour un crime déterminé. La hiérarchie des actes condamnables établie par un sujet donne une mesure de son sens éthique. Les délinquants montrent en général une insuffisance plus ou moins grande du sens moral, étalent leur cynisme et leur perversité. Ils préconisent volontiers des mesures cruelles dans l'emploi des châtiments physiques. Ils se montrent sévères pour les attentats à la pudeur et sous-estiment les délits contre la propriété et les personnes. Les tests destinés à donner la mesurc de l'intelligence générale permettent d'établir l'absencc de corrélation entre celle-ci et la valeur morale du sujet.

P. Carrette.

Le Caractère criminel, par M. St. Batawia (*Rocznik Psychjatryczny,* fasc. XX, 1933, p. 140).

Dans son étude du caractère criminel, M. St. Batawia écarte l'élément pathologique où le crime apparaît commc une réaction morbidc. Il prend le vol comme type le plus fréquemment observé et qui lui sert de base pour établir ses considérations.

Un criminel n'est ni un type biologique, ni un type psychique défini, et c'est pour cette raison que, dans l'étude du caractère criminel, on doit se baser sur le point de vue génétique et non statique. La genèse des penchants criminels doit être étudiée parallèlement à l'évolution du caractère, avec les influences subies, le milieu où l'individu a évolué. Le caractère ne doit pas être envisagé comme une disposition innée, transmise par l'hérédité. Les dispositions héritées sont plus ou moins plastiques et susceptibles de subir des influences exogènes du milieu social et de l'éducation.

Dans une large mesure, les influences externes conditionnent la genèse du crime. Même l'existence de certains traits psychopathiques chez les délin-

quants n'est pas suffisante pour donner une base étiologique exclusive aux éléments endogènes.

L'influence des conditions sociales et éducatives intervient, même dans les cas où l'élément endogène paraît exister, comme on le voit chez les criminels endurcis ayant mené leur triste existence entre les crimes et les prisons et chez lesquels l'instinct criminel est le fait d'une accoutumance profondément enracinée.

Les dispositions anormales constitutionnelles et héréditaires des criminels ont une influence beaucoup plus importante dans les homicides et les crimes sexuels.

FRIBOURG-BLANC.

Crime et Glandes endocrines (Crime and the endocrine glands), par Louis BERMAN. *The American Journal of Psychiatry*, pp. 215-237, septembre 1932.

Une Commission nommée aux Etats-Unis en 1929 pour contribuer à l'étude de la criminalité dans les grandes villes comme New-York et Chicago fournissait dans son rapport des documents importants sur la physiologie des criminels. Des recherches poursuivies pendant 9 mois dans les laboratoires de la prison de Sing Sing et dans d'autres institutions où l'on surveille et traite des adolescents délinquants, ont été également résumées et synthétisées. Le bilan individuel comporte le métabolisme basal, l'analyse chimique du sang, la radiographie du crâne, notamment de la selle turcique et enfin les différents signes de troubles endocriniens révélés par l'examen physique et les tests. Les cas de dysendocrinies multiples sont nombreux et Louis Berman propose de traiter les délinquants juvéniles et les criminels par les méthodes actuellement utilisées dans tous les cas d'altérations glandulaires. Aussi s'élève-t-il contre les moyens de répression impliqués par des conceptions de la justice qui ne tiennent aucun compte de ces données scientifiques.

P. CARRETTE.

Les impulsions sexuelles des alcooliques, par Henry DAMAYE. *Le Progrès Médical*, 10 septembre 1932.

Le syndrome psycho-neurasthénique des alcooliques prend, dans certains cas, une allure spéciale par le fait que les troubles psychiques habituels sont atténués au profit des réactions impulsives d'ordre sexuel.

Damaye estime qu'il faut placer ces sujets dans la même catégorie que les excités cérébraux à impulsions violentes. La seule différence tient au fait que le maximum de leurs désordres se localise dans le domaine médullaire inférieur. Il n'est pas logique de les punir. Ils relèvent de l'Asile spécial où ils seront désintoxiqués et rééduqués.

P. CARRETTE.

Les annexes psychiatriques dans les prisons, par le Dr J. FUSTER. (*Revista de Medicina legal, Criminologia y psiquiatria forense*. Barcelone, Tome I, nº 9 Décembre 1932).

Les idées directrices concernant le régime pénitentiaire ont subi une évolution profonde au cours des dix dernières années, sous l'influence de la diffusion et du progrès des sciences biologiques et de la psychiatrie. Il est

urgent de créer dans les plus importantes des prisons espagnoles un service spécialisé destiné à établir une classification scientifique des délinquants basée sur leur analyse médico-psychologique. Ce service devrait comprendre un cabinet d'observation médicale avec une infirmerie, un quartier destiné à l'observation psychologique de tous les délinquants et à leur sélection professionnelle ainsi qu'une annexe pour l'observation mentale.

Les détenus atteints de troubles mentaux évidents, ceux qui invoquent des troubles de cette nature pour excuser leurs crimes ou leurs délits, ainsi que ceux qui sont soumis à une expertise mentale seront placés dans l'annexe psychiatrique de la prison. Cette annexe sera organisée comme une section d'observation continue d'une clinique moderne pour maladies mentales et elle devra pouvoir utiliser tous les moyens complémentaires d'investigation scientifique. Un personnel subalterne spécialisé aura pour mission l'examen médico-psychologique de tous les détenus, l'observation psychiatrique des individus placés à l'annexe, et l'orientation et la sélection professionnelles de tous les délinquants condamnés par les tribunaux.

LAUZIER.

L'évolution du tribunal des mineurs, par le Prof. E. NELSON. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal.* Buenos-Aires, Tome XIX, n° 112, Août 1932).

L'institution du tribunal des mineurs a introduit dans le monde juridique des pratiques et des règles qui rompent avec le rigorisme doctrinal de jadis. C'est ainsi que certaines procédures modernes, telles que la condamnation conditionnelle et la liberté surveillée, soulignent cette tendance actuelle. C'est également à la faveur de ces nouvelles notions que vient de se généraliser aux Etats-Unis le tribunal des relations domestiques, qui est un tribunal à juridiction limitée. Il ne s'occupe pas seulement des cas de divorce, désertion et abandon, mais encore de l'adoption et de la garde des enfants mineurs, des cas de « mineurs avec tendances criminelles », des pensions aux mères, des délits contre les mineurs, des investigations de paternité, etc...

En somme, la juridiction de ces tribunaux se développe en accord avec les trois idées fondamentales suivantes : l'intérêt de l'Etat dans la protection de l'enfance ; la réunion de toutes les questions juridiques qui affectent la vie de famille, enfin la nécessité d'une action concrète sociale dans la solution de ces problèmes.

LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant les mois d'AOUT et de SEPTEMBRE.

La séance ordinaire du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 novembre 1933*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e^ arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

Nécrologie.

M. le Professeur Juliano MOREIRA, Directeur de l'Hospice National des Aliénés de Rio-de-Janeiro, membre associé étranger de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Légion d'Honneur.

M. le D^r^ N. VIEUX, Médecin des Asiles publics d'aliénés, Médecin de l'Etablissement Hydrothérapique de Divonne-les-Bains (Aix), est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Vacance de Postes.

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse) ;

le poste de Médecin-Chef de Service du quartier d'aliénés de l'Hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne).

Création de Poste.

Un poste de Médecin-Chef de Service est créé à l'Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Parti Social de la Santé publique.

Le Parti Social de la Santé Publique, qui vient de tenir son *troisième Congrès annuel* à Paris, a procédé à la réélection des membres de sa Commission exécutive, qui se trouve ainsi constituée :

Président d'honneur : M. Justin GODART, sénateur, ancien ministre. *Président :* M. Paul JOURDAIN, sénateur, ancien ministre. *Vice-Présidents :* Dr Georges BROUARDEL, Dr DEVRAIGNE, M. JOUHAUX, M. LAINÉ, Dr LESNÉ, Pr MARCHOUX, Dr Georges SCHREIBER, Pr SIEUR, Mme le Dr THUILLIER-LANDRY, Dr TOULOUSE. *Secrétaire général :* Dr Georges BOYÉ. *Secrétaires généraux adjoints :* Dr ROUÈCHE, M. André MENABREA. *Trésorier :* M. Georges MASSON.

Association Internationnale de Pédiatrie préventive.

SECTION MÉDICALE DE L'UNION INTERNATIONALE DE SECOURS AUX ENFANTS

L'*Association Internationale de Pédiatrie Préventive* tiendra sa *troisième réunion* à *Luxembourg*, les *27* et *28 septembre 1933*.

Des *Rapports* seront présentés sur :

1. — *La prophylaxie de la poliomyélite.* Rapporteurs : Prof. ROHMER, de Strasbourg, Dr WALLGREN, de Göteborg (Suède) ;

2. — *Les affections aiguës spécifiques du nourrisson.* Rapporteurs : Prof. ROTT, de Berlin, et le Dr FRONTALI, de Padoue.

Pour prendre part à la discussion de l'une ou l'autre de ces deux questions, s'inscrire dès maintenant auprès du *Secrétaire :* Dr D. OLTRAMARE, 15, rue Lévrier, Genève.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 46.740

Tome II. — N° 3 Octobre 1933

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

RÉGRESSION JUVÉNILE, INVERSION SEXUELLE PAR HYPERENDOCRINIE DANS LA MANIE ET LA CYCLOTHYMIE

PAR

Georges PETIT

Dans un travail antérieur (1), nous avons essayé de montrer les analogies psycho-cliniques qui semblaient rapprocher, d'une part certains syndromes délirants du type paranoïa quérulante, d'autre part certains syndromes d'excitation maniaque ou hypomaniaque ressortissant à la psychose maniaque-dépressive ou à la cyclothymie. Nous avons insisté, en particulier, sur la fréquence des tendances paranoïaques, égocentriques et agressives, au cours ou au décours des accès maniaques ou durant les phases d'excitation légère des cyclothymiques. Et nous avons indiqué les troubles énormes du jugement qui accompagnaient, de manière si constante, cette combinaison particulière de quérulance et d'excitation.

(1) Excitation maniaque et paranoïa. — Société Médico-Psychologique. S. du 27 mars 1933. *Annales Médico-Psychologiques,* T. II, n° 1, juin 1933, pp. 1-12.

Nous inclinerions à penser que cette perturbation du jugement, cette *dysphronie,* si caractéristique, est peut-être en rapport, non seulement avec un extraordinaire égocentrisme affectif (1), — tellement satisfait de lui-même qu'il est incapable de se plier à des concepts d'ordre général, — mais encore avec la rapidité des processus psycho-moteurs qui, chez l'excité, accompagne le *besoin d'action.*

En ce siècle marqué du signe de la vitesse et de l'action pour l'action, nous ne saurions nous risquer à une impertinente critique de l'homme d'action. Qu'il nous soit permis, néanmoins, de remarquer combien les erreurs d'appréciation sur les hommes et sur les événements, les troubles du sens critique, le manque de tact, et parfois même une certaine naïveté presque puérile, constituent des traits de caractère, d'observation courante, chez l'homme d'action, réalisateur énergique, mais, si souvent aussi, cyclothymique. Pour agir, il ne faut pas réfléchir trop longuement et il faut estimer, sans s'attarder aux objections, qu'un projet, du fait qu'il est conçu, mérite par cela même d'être réalisé sans tarder. Gœthe avait bien noté cette antinomie entre la pensée réfléchie et l'action dont l'association, en un harmonieux et efficace compromis, se montre si rare. « Il y a peu de gens, écrivait-il, qui soient en même temps intelligents et capables d'agir. L'intelligence élargit, mais paralyse ; l'action vivifie, mais limite. »

Chez l'homme d'action, également, nous est-il permis de noter, comme chez le paranoïaque, cette tendance à imposer à autrui ses concepts personnels, (entreprises diverses, projets de réforme ou même de révolution, etc.), présentés avec une ardeur et un élan combatif que ne justifie pas toujours la valeur rationnelle, intellectuelle ou sociale de l'idée maîtresse.

Cette sorte *d'impérialisme mental,* agressif comme tous les impérialismes, traduit l'affirmation, incessante et audacieuse, d'une personnalité toujours avide de s'imposer au milieu qui l'entoure, de le « personnaliser », de se l'approprier matériellement, physiquement, moralement ou intellectuellement, dans un appétit insatiable de domination et de possession égocentrique. En ce sens, et en tenant compte, naturellement, de toutes les nuances qui les séparent, mais aussi de toutes les analogies qui les rapprochent, on pourrait dire que tout acte, à portée quelque peu extensive, à prétention quelque peu sociale, est presque une manifestation de paranoïa, puisqu'il constitue une affirmation égocen-

(1) Un malade de Ville-Evrard, paranoïaque, quérulant, hypomaniaque, ne cesse de protester contre son internement. « L'affaire dont j'ai été victime », dit-il ; alors qu'il a tué sa femme et sa fille.

trique publique de la personnalité, une emprise ou une tentative de conquête, d'une portée plus ou moins étendue, sur le milieu extérieur.

On ne saurait donc s'étonner de rencontrer, chez le paranoïaque quérulant, de même que chez l'hypomaniaque et le cyclothymique, si avides les uns et les autres d'action et de domination, de tels caractères psychologiques associés à un déficit des fonctions syllogistiques, lequel, réduisant la valeur de leur activité, aboutit à un déséquilibre fréquent de la conduite, à un défaut de mesure et d'opportunité des actes, qui constitue une véritable *dysmétrie pragmatique*.

Cette comparaison tentée entre certains traits de la psychologie de l'homme d'action et certains caractères cliniques du paranoïaque et de l'hypomaniaque nous incite à de nouveaux rapprochements : d'une part, entre les manifestations de l'hypomanie et certains aspects du comportement juvénile normal, d'autre part, entre les réactions du grand maniaque et l'activité du jeune enfant (1). Nous disons bien comparaison et non point assimilation de ces deux groupes d'états psychiques. Car pas plus que nons n'avons voulu dresser une critique de l'action, nous ne voudrions dépouiller du prestige de sa poésie la jeunesse, syndrome hélas toujours curable et toujours trop rapidement évanoui.

Il nous paraît néanmoins assez curieux de noter, chez les jeunes gens et chez les hypomaniaques, un ensemble de traits psychologiques communs : même excitation intellectuelle avec tendances pragmatiques et besoin impulsif de passer rapidement de l'idée à l'acte, même absence de doute et même sentiment de certitude, même surestimation présomptueuse et naïve de sa propre personnalité avec agressivité et dédain à l'égard de l'adversaire (2). Cet appétit de domination, cet esprit combatif demeurent, certes, le plus souvent dissimulés, en raison des contraintes sociales, derrière les barrières des convenances et des usages mondains. Ils n'en existent pas moins et se révèlent par les manifestations les plus variées, qui vont de la critique judicieuse et courtoise à l'esprit de contradiction systématique, en passant par les formes plus ou moins impertinentes ou caustiques

(1) « On n'est pas autorisé scientifiquement à regarder la Physiologie et la Pathologie comme deux domaines distincts où se passent des phénomènes essentiellement différents. » Cl. BERNARD, *Leçons de Physiologie*, 1854.

(2) Cf. « Jeunesse impitoyable et indisciplinée, à l'âme démesurée. » (F. Mauriac).

de l'ironie. Souvent aussi, ces tendances prennent le masque altruiste (1), révolutionnaire ou réformiste, à l'aide duquel chacun espère aboutir à la réalisation plus facile de ses tendances ou de ses appétits personnels. Enfin, nous insisterons encore, dans ces deux états, sur la faiblesse de l'auto-critique, sur les troubles profonds du jugement et du raisonnement qui ne dépendent pas seulement, chez les jeunes gens, de la brièveté des expériences et de l'insuffisance des notions, mais encore et surtout, nous semble-t-il, — et comme chez l'hypomaniaque — des points de vue trop égocentriques et de la rapidité des productions intellectuelles qui en exclue souvent la qualité.

De même, il est difficile de ne pas rapprocher les réactions du grand maniaque du comportement du jeune enfant. Chez l'un et chez l'autre, même exubérance vitale avec insouciance de l'entourage comme du milieu, même vivacité des réactions, même impulsivité des tendances, des appétits et des instincts, même impossibilité à les réfréner, même impudeur et même exhibitionnisme physique, moral et affectif; enfin, même tendance à l'action inutile et le plus souvent nuisible ou destructive, s'exerçant sans discernement sur le milieu environnant. Libéré de toutes les contraintes que lui imposaient son éducation et les nécessités sociales, le maniaque exprime naïvement et cyniquement ses émotions, comme ses tendances et ses appétits, à l'égal du jeune enfant, dont le développement incomplet se réduit encore au jeu des activités instinctives (2).

Il semble donc que chez le maniaque, il y ait régression de la vie psychologique vers les stades les plus primitifs de l'enfance, suivant des modes d'action et de réaction presque absolument comparables, en apparence tout au moins, à cet état infantile ; il y aurait *régression vers le type infantile* ou, si l'on veut accepter ce terme, « *régression pédoïde* » dans la manie.

Dans l'hypomanie, la régression vers les périodes primitives d'évolution psychologique serait moins profonde, les manifestations hypomaniaques étant seulement comparables aux réactions exubérantes de la jeunesse ; il y aurait seulement régression vers le type juvénile, ou si l'on veut accepter ce terme, « *régression héboïde* ».

Cette notion de la régression psychologique vers des états

(1) Le besoin de s'occuper d'autrui s'accompagne volontiers d'une forte tendance à la domination. » F. PAULHAN, *Revue philosophique*, 1932, p. 53.

(2) Il n'est pas rare de noter, chez les maniaques, outre un comportement de jeu tout à fait enfantin (découpage, poupées, etc.), des troubles de l'intonation avec voix puérile.

psychologiques primitifs et plus élémentaires, sous l'influence des psychoses ou des névroses, est actuellement vulgarisée par l'école psychanalytique, qui en tire des déductions et des remarques, à notre avis, pleines d'intérêt. Mais nous ne saurions oublier que l'école psychiatrique italienne de la fin du XIX^e^ siècle a consacré à ces états de régression nombre d'études des plus importantes.

⁂

Peut-être est-il permis actuellement, à la lumière des acquisitions biologiques récentes, de pousser plus loin que ces simples constatations d'ordre exclusivement psycho-clinique, en abordant le problème du substratum fonctionnel et organique de ces états de régression dans la manie et dans l'hypomanie.

Au cours des examens cliniques de nos malades, nous avons été frappé, aussi bien chez les paranoïaques quérulants que chez les hypomaniaques et les maniaques, de la fréquence, non seulement des perturbations du système sympathique (sur lesquelles H. Claude, Laignel-Lavastine, Tinel, Garrelon, Santenoise, etc., ont si souvent attiré l'attention), mais encore par la fréquence et l'intensité des troubles endocriniens, qui semblaient traduire une *hyperactivité plus ou moins générale des glandes à sécrétion interne.*

Outre des syndromes *d'hyperinsulinémie,* par hyperfonctionnement du pancréas (avec boulimie, amaigrissement rapide, etc.), des syndromes d'*hyper* ou de *dysfonctionnement surrénal* (avec hypertension, épistaxis, glycosurie transitoire, et chez les femmes, virilisme compliqué, hirsutisme simple ou complexe (1) etc.), nous avons noté, avec une extrême fréquence :

des syndromes *d'hyperthyroïdie,* à type Basedow plus ou moins accusé (hypertrophie du corps thyroïde, tachycardie, exophtalmie, tremblement, troubles vaso-moteurs, etc.) ;

des syndromes d'*hyperorchidie* et d'*hyperovarie,* sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

L'exaltation de ces mêmes fonctions endocriniennes est la règle, on le sait, pendant l'enfance, l'adolescence et la jeunesse ; et il est difficile de ne pas attribuer — de manière directe ou indirecte, — à cette *hyperendocrinie* nombre de leurs traits psychologiques.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Femmes à barbe et endocrino-psychiatrie. *Paris Médical,* 29 octobre 1921.

J. KOECHLIN. — Le virilisme pilaire chez la femme. *Thèse de Paris,* 1921.

De même, c'est à cette exaltation des fonctions endocriniennes que nous attribuons, chez nos malades, les caractères psychologiques communs à ces états, en même temps que l'impression de « *rajeunissement physique* » qu'ils donnent si souvent. Pilcz, L. Mayer, Zeller, Schule, avaient déjà noté, chez les excités maniaques, cette « turgor vitalis » générale, cette nouvelle « jouvence » qui s'exprime, parfois, par des modifications remarquables de leur apparence esthétique : les rides s'effacent, les cheveux repoussent ou, déjà blancs, se repigmentent, etc.

Certes, nous ne saurions méconnaître l'importance, dans le déterminisme des états psychologiques, des fonctions des zones psychiques, corticales et sous-corticales, de l'encéphale. Mais il est vraisemblable que dans les syndromes de dysfonctionnement psychique sans déficit démentiel, tels que ceux étudiés ici, un déséquilibre humoral d'origine endocrinienne peut suffire à les perturber, soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire du sympathique (dont l'équilibre est lié si intimement au système endocrinien).

Plus vraisemblablement encore, il doit s'établir, entre ces trois ordres de facteurs déterminants, des combinaisons très complexes d'inter-réactions psycho-organiques et de cercles vicieux qui, sans doute, interviennent dans la genèse des *troubles de la sphère sexuelle*, que nous avons également si fréquemment observés chez cette catégorie de malades.

⁂

La plupart des auteurs ayant étudié l'excitation maniaque et la manie ont noté *l'exaltation de l'érotisme, de la sexualité ou de la génitalité* chez leurs malades. De la simple coquetterie à la recherche des aventures amoureuses, des projets de divorce à l'adultère, à la prostitution ou à la noce crapuleuse jusqu'aux attitudes lascives, aux propos obcènes et orduriers, à l'exhibitionisme, à la masturbation publique, aux attentats à la pudeur et aux tentatives de viol, tous les degrés et toutes les réactions possibles de cette exaltation érotique et génitale ont été signalés.

Nous n'insisterons pas sur cet ordre banal de constatations et nous remarquerons seulement qu'elles sont associées très fréquemment :

à des syndromes d'*hyperorchidie*, avec priapisme fréquent, même chez des maniaques âgés, qui font constater, avec autant d'étonnement que d'orgueilleuse satisfaction, le retour triomphant de leur virilité ;

à des syndromes *d'hyperovarie,* avec règles abondantes ou fréquentes, et parfois réapparition des règles supprimées, quand les accès surviennent après la ménopause, comme l'ont bien noté déjà L. Meyer, Mordret, Pilcz, etc.

Le début ou l'exagération de l'excitation coïncidant avec les périodes cataméniales (en particulier chez certains cyclothymiques), l'existence même de véritables « psychoses menstruelles » constituent des notions banales, mais qui illustrent, de manière frappante, une synergie psycho-organique à prépondérance endocrinienne incontestable.

Remarquons néanmoins, — nous l'avons observé souvent, non seulement chez des femmes réglées mais encore chez des femmes non réglées et chez des hommes, — que le début des accès ou des paroxysmes maniaques s'accompagnent souvent de modifications vaso-motrices de type fluxionnaire, avec poussées hémorroïdaires, épistaxis, ecchymoses sous-conjonctivales, pétéchies purpuriques, etc.

Mais, dans tous les cas d'ordre banal, l'excitation sexuelle, bien que pathologiquement exacerbée, demeure dans les limites de la normalité, quant au sens des tendances, tout au moins : elle reste *hétérosexuelle* et c'est à l'égard des individus de l'autre sexe que le maniaque multiplie ses démarches, ses provocations ou ses agressions.

⁂

Beaucoup plus suggestifs nous apparaissent les cas — assez fréquemment observés lorsque l'attention est attirée sur cet ordre de faits — où les malades manifestent, soit des tendances à la fois hétérosexuelles et homosexuelles (*ambivalentes,* dirons-nous, pour réserver au mot d'hermaphrodisme son caractère plus spécifiquement morphologique), soit une appétence nettement et électivement *homosexuelle,* avec dégoût de l'autre sexe.

Dans la première catégorie de faits rentrent les quatre malades des observations suivantes, que nous résumons très brièvement.

Observation I. — X..., 65 ans, ancien officier, cyclothymique depuis sa jeunesse, a vu succéder, à 60 ans, à une longue période de dépression (compatible avec le séjour en maison de santé ouverte), une longue phase d'excitation hypomaniaque (avec projets absurdes, troubles énormes du jugement revendications paranoïaques, etc.), entrecoupée de paroxysmes de grande agitation maniaque. Malgré son âge, X. exprime le désir de se remarier, se masturbe active-

ment et à plusieurs reprises, est surpris dans les W.-C. avec d'autres malades qu'il essaye d'entraîner à des actes de sodomie ou de masturbation réciproque.

Observation II. — Y., 59 ans, propriétaire, a présenté, depuis l'âge de 40 ans, plusieurs accès d'excitation maniaque durant lesquels, chaque fois, il manifeste une très vive excitation sexuelle et génitale, avec priapisme fréquent. Cette excitation s'était toujours traduite dans un sens exclusivement hétérosexuel jusqu'au dernier accès où l'on fut obligé de l'éloigner d'un jeune malade qu'il avait pris sous sa protection et à qui il avait adressé, à plusieurs reprises, des propositions non équivoques. Y. demeurait néanmoins ambivalent et continuait à poursuivre de ses déclarations enflammées toutes les personnes du sexe aimable qu'il pouvait apercevoir au cours de ses promenades.

Observation III. — Mme S., 58 ans, cyclothymique depuis sa jeunesse, est devenue une périodique circulaire qui présente, durant ses phases de grande agitation maniaque, une excitation sexuelle extraordinaire avec exhibitionisme, masturbation cynique et propositions obscènes adressées, non seulement au personnel médical masculin, mais encore fréquemment aux autres malades femmes et aux infirmières qui ont été maintes fois en butte à ses brusques agressions, d'ordre sexuel.

Observation IV. — Mme T., 43 ans, périodique circulaire depuis son deuxième accouchement, manifeste également, pendant les périodes d'agitation maniaque, une excitation sexuelle considérable ambivalente, avec propos obscènes, exhibitionnisme devant le personnel médical et agressions fréquentes, dans un but érotique et sexuel, à l'égard des infirmières du service.

On pourrait, certes, faire remarquer que, dans toutes ces observations, il s'agit de malades internés, en contact habituel avec les seules personnes de leur sexe et que, dans ces conditions, les tendances homosexuelles présentées, concurremment, d'ailleurs avec les tendances hétérosexuelles également exprimées, traduisent seulement une excitation génitale diffuse qui se trouve dans la nécessité, pour s'exercer, de s'orienter dans le sens du moindre effort, c'est-à-dire du milieu imposé.

Mais cette explication n'a plus de valeur quand elle s'applique à des malades tout à fait libres de leurs actes, comme les périodiques et les cyclothymiques non internés, dont nous allons maintenant présenter quelques observations, également très résumées.

Observation V. — A., 59 ans, industriel, marié et père de famille, a présenté, à plusieurs reprises, des accès d'excitation maniaque qui s'accompagnaient, de l'âge de 28 ans à l'âge de 40 ans, d'excitation génitale de sens hétérosexuel. Depuis l'âge de 40 ans, ces grands accès n'ont pas réapparu. Mais ils ont été remplacés, à intervalles variables, par de petites poussées d'excitation, — assez légères pour ne pas attirer l'attention de l'entourage, — mais durant lesquelles A. se livre, chaque fois, à des *agressions d'ordre toujours homosexuel,* de préférence sur des jeunes gens. Ces réactions ont entraîné, à plusieurs reprises, son arrestation et sa condamnation. La dernière fois, A. avait littéralement séduit, avec beaucoup d'astuce, un jeune lycéen qu'il avait su persuader de le suivre à l'hôtel et sur lequel, il se livra à des actes de sodomie active qui entraînèrent la plainte de sa victime. Arrêté à nouveau, A. fut cette fois l'objet d'une expertise médico-légale, suivie de non-lieu et d'internement.

Observation VI. — Mme B., 50 ans, sans profession, mariée, sans enfants, est, depuis sa jeunesse, une cyclothymique avérée, qui présente, pendant ses phases d'excitation (avec dromomanie, tendance aux calomnies et à la méchanceté, idées de divorce, etc...), un érotisme de sens nettement homosexuel qu'elle polarise chaque fois sur une de ses amies, avertie de la sorte du retour de l'excitation, par les lettres enflammées et les véritables déclarations d'amour qui contrastent si nettement avec le comportement habituel très réservé de sa correspondante.

Observation VII. — Mlle C., 52 ans, célibataire, institutrice, est cyclothymique depuis sa jeunesse. (A noter que son frère, ecclésiastique, est également un cyclothymique paranoïaque, surnommé dans sa résidence, pour ses tendances égocentriques, « l'abbé Je »). Pendant chacune de ses périodes d'excitation, longtemps méconnues, Mlle C., ordinairement prude et chaste, manifestait à l'égard d'une de ses élèves, des sentiments érotiques extrêmement accusés : déclarations brûlantes, baisers sur les lèvres, scènes de jalousie, etc. A noter que Mlle C. qui présente actuellement un accès maniaque, exprime au contraire, en termes orduriers, de véritables sentiments de haine contre l'élève jadis tendrement chérie : réaction affective en apparence seulement contradictoire, d'ailleurs.

Observation VIII. — Mme C., 53 ans, dessinatrice, mariée, sans enfants, internée actuellement pour une psychose alterne circulaire, a présenté, antérieurement, une longue période de cyclothymie également de type alterne circulaire. Pendant les phases d'excitation cyclothymique (durant lesquelles Mme C. manifestait des tendances paranoïaques avec revendications féministes militantes, idées de divorce, etc.), la malade avait noué, à l'insu de son mari, une liaison amoureuse avec une autre féministe militante, aujourd'hui décédée. Il

est à remarquer qu'actuellement, lors de ses périodes d'hypomanie, Mme C. s'avère toujours paranoïaque quérulante, réformatrice et idéaliste passionnée ; mais son érotisme, — comme toujours dégoûté du mari, dont elle souhaite la mort ou le divorce — s'oriente néanmoins dans un sens hétérosexuel.

Observation IX. — M. D., médecin intelligent et distingué, décédé à 26 ans, à la suite de sa quinzième tentative de suicide, réalisait depuis son adolescence, le type si souvent méconnu, du cyclothymique, dont le déséquilibre, s'était accru, d'années en années, sous l'influence d'excès toxicomaniaques de toutes sortes (morphine, cocaïne, héroïne, barbituriques, alcool, etc.), qui, si fréquemment — pour ne pas dire constamment — constituent la signature de la cyclothymie. Or, D. à la connaissance de tout son entourage, était considéré comme un homosexuel avéré, qui se plaisait, — en petit comité — à des travestissements féminins, faisait, pour se distraire, de la tapisserie et entretenait le classique « petit ami ».

Nous pourrions multiplier les observations d'homosexualité incontestable dans la psychose périodique et la cyclothymie. De tels cas ne nous semblent pas rares, bien que la littérature psychiatrique nous ait paru assez indigente à ce point de vue. Citons cependant un mémoire de Miss Mary O'Malley (1), qui considère l'hermaphrodisme psychique comme assez fréquent dans la psychose maniaque dépressive et publie plusieurs observations de femmes devenant homosexuelles pendant leurs périodes de dépression et redevenant hétérosexuelles pendant les périodes d'excitation. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer d'inversion sexuelle de ce rythme.

Mais, avant d'exposer nos conclusions sur ces anomalies du comportement sexuel, nous voudrions ajouter quelques observations au sujet de certains caractères présentés par les maniaques du sexe féminin, parfois associés d'ailleurs aux particularités précédentes et que l'on pourrait étudier sous le terme générique de *virilisme maniaque*.

⁂

Sous ce terme générique de *virilisme maniaque*, il faut d'abord considérer un premier groupe, particulièrement bien étudié par Laignel-Lavastine (2) et ses élèves, et qui comprend, associés à

(1) Certain pluriglandular anomalous functions associatedo with psychopathic sexual interests. Med. Soc. of Columbia, 23 mai 1917. *Journ. of nerv. and ment. diseas.*, juillet 1918, vol. 48, n° 1.

(2) Femmes à barbe et endocrino-psychiatrie. *Paris Médical*, 29 octobre 1921.

une psychose périodique, et sous la dépendance prépondérante de lésions cortico-surrénales (syndrome génito-surrénal de Gallais), les divers aspects de l'*hirsutisme simple,* (Apert) ou de l'*hirsutisme complexe* (Laignel-Lavastine) ou *virilisme compliqué* (Koechlin). Si Laignel-Lavastine a constaté parfois l'association de l'hirsutisme à un pseudo-hermaphrodisme anatomique (défaut de développement des seins, clitoris d'aspect péniforme), il ne note point de virilisme psychique, de tendances homosexuelles associées à ce virilisme morphologique.

A ce point de vue, l'observation suivante nous paraît intéressante, car elle nous présente une forme de transition avec le second groupe de faits, où existe exclusivement un *virilisme psychique.*

Observation X. — Mme O..., 52 ans, charcutière, mariée, sans enfants, présente actuellement, depuis près de deux ans, un syndrome d'excitation maniaque, survenu au moment de la ménopause, qui s'accompagne d'idées d'influences, de glossolalie dépersonnalisée et se traduit par une logorrhée grossière et ordurière, de l'excitation érotique, avec plaisanteries et interpellations grivoises, articulées toujours d'une voix retentissante et virile. Mme O. présente d'ailleurs l'aspect rébarbatif d'une virago ; son menton et ses lèvres s'ornent d'un poil épais. Un jour, elle est surprise urinant debout, contre un arbre, à l'aide d'un tuyau qu'elle applique contre sa vulve. Elle explique son acte en déclarant « qu'on » la force à uriner comme un homme, de même qu' « on » la force à s'exprimer et à jurer grossièrement comme les hommes. Un autre jour, elle nous déclare spontanément qu'elle est hermaphrodite. A noter que, malgré ses affirmations de virilité, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence d'inversion des tendances sexuelles chez notre malade.

Malgré cette carence, il est à présumer que cette idée de virilité, « imposée » à notre malade, ne fait que traduire un sentiment organique profond de métabolisme sexuel qui, d'autre part, s'exprime morphologiquement par un syndrome de virilisme hirsute. Il y a *association de virilisme morphologique et de virilisme psychique.*

Mais dans le second groupe de maniaques femmes que nous avons en vue, il persiste, au contraire, une intégrité parfaite de la morphologie du type féminin. Seule la voix (1) — et c'est un fait vraiment impressionnant — prend un accent, un timbre et une

(1) On sait les relations étroites qui unissent les variations du timbre de la voix avec les modifications de la génitalité.

intonation, parfois rauque, mais toujours d'une force et d'une rudesse vraiment tout à fait viriles. Cependant que, par sa tenue comme par son comportement social et sexuel, la malade affirme qu'elle est un homme.

Observation XI. — Mme Y..., 42 ans, mariée, mère de plusieurs enfants, présente depuis plusieurs années, des alternatives de dépression mélancolique légère et d'agitation maniaque. Douce, timide et réservée pendant les périodes dépressives, elle manifeste, au contraire, pendant les périodes maniaques, une excitation érotique ambivalente, mais à prédominance nettement homosexuelle. Sans cesse, elle se livre à des attentats d'ordre génital sur les autres malades ou sur les infirmières. D'une voix tonnante et impérieuse, avec une intonation vraiment virile, elle affirme qu'elle est un homme, qu'elle possède les attributs du sexe masculin, et en s'exhibant sans aucune retenue, elle offre, en des termes cyniques de l'obscénité la plus crûe, de faire sur le champ la démonstration de sa virilité.

Observation XII. — Mme Z..., 35 ans, mariée et mère de famille, présente, après une phase cyclothymique, un grand accès maniaque durant lequel, s'identifiant avec un personnage historique à l'appétit sexuel légendaire, elle se prétend homme. Elle transforme ses vêtements en une tenue masculine, s'exprime d'une voix tonitruante, en termes grossiers et obscènes, et comme la malade précédente, se livre, sans cesse, sur les autres malades ou les infirmières, à des agressions d'ordre sexuel.

Tels sont les faits qui nous paraissent établir, sans conteste, que les déviations de la sexualité (ambivalence sexuelle ou homosexualité) ne constituent pas des raretés au cours des états d'excitation de la psychose périodique et de la cyclothymie.

L'interprétation de ces faits est certes délicate, car, malgré les recherches expérimentales de Pézard, les beaux travaux de Marañon, les études récentes d'Hesnard, de Laignel-Lavastine et de tant d'autres, la pathogénie de l'inversion sexuelle demeure, en bien des points, obscure.

On conçoit d'ailleurs la complexité d'un phénomène où la sphère psychologique s'intrique avec des éléments organiques et fonctionnels issus à la fois des systèmes nerveux central, périphérique, sympathique et endocrinien.

C'est néanmoins à ce facteur endocrinien (évidemment déclanché lui-même par d'autres causes infectieuses, toxiques, etc...), que nous serions tenté de donner la première place dans le déterminisme *immédiat* de ces déviations sexuelles, de ces « états

d'intersexualité », suivant la juste et remarquable expression de Marañon.

En tout cas, il nous paraît intéressant de remarquer que ces tendances intersexuelles ou homosexuelles — que les sexologistes s'accordent à considérer comme correspondant à l'intersexualisme originel, au stade infantile d'indifférenciation sexuelle, — nous les avons observées précisément dans des syndromes psychopathiques où nous avons également noté une véritable régression du comportement psychologique vers des états analogues à ceux de l'adolescence ou de l'enfance.

Voici plus de douze ans que nous indiquions des faits d'inversion sexuelle en rapport avec l'évolution d'une maladie infectieuse du névraxe : l'encéphalite épidémique. Peut-être la sexologie pourrait-elle bénéficier de l'étude de faits psychopathologiques du même ordre et réserver quelque attention à ceux que nous apportons dans cette étude.

Enfin, il nous paraît intéressant d'observer — alors que la psychanalyse associe dans un même mécanisme originel homosexualité et paranoïa — que la simple étude clinique permet de révéler, également, de frappantes combinaisons entre l'excitation maniaque, la paranoïa et les tendances homosexuelles.

UN CAS DE PSYCHOSE PARAPHRÉNIQUE COMPLEXE

PAR

G. HALBERSTADT

On sait que la paraphrénie, issue du délire chronique de Magnan, comporte quatre formes cliniques (systématique, expansive, fantasque, fabulatrice). Mais il existe de nombreux cas atypiques, et certains auteurs modernes vont même jusqu'à affirmer que les états paranoïdes et les états paraphréniques constituent une sorte de série de tableaux cliniques dans laquelle ne peut être établi un groupement en maladies autonomes. D'autre part, la paraphrénie ne serait qu'une modalité de la schizophrénie. Nous trouvons cette double opinion défendue par Mayer-Gross dans le *Traité de Bumke* (1932). Nous reviendrons sur ces points tout à l'heure. Mais nous tenons à dire dès maintenant que la paraphrénie comporte bien, à notre avis, des formes cliniques distinctes ainsi que l'a établi Kræpelin. Il s'agit d'ailleurs d'une question à l'étude qui demande à être encore précisée. Et c'est parce que le débat est loin d'être clos que nous croyons utile de publier un cas suivi depuis plusieurs années et qui nous paraît intéressant tant par la complexité des symptômes qu'il présente que par les problèmes d'ordre théorique qu'il soulève.

Observation. — Mme D. née L., entre une première fois dans le service le 10 septembre 1926, à l'âge de 42 ans.

Le père était de caractère difficile (« un jaloux »). La mère était un peu déséquilibrée (s'est suicidée ?). A une sœur débile. Deux filles bien portantes, âgées de 16 ans 1/2 et de 15 ans 1/2.

Exerce la profession d'institutrice. Mariée à un instituteur, secrétaire de Mairie de la petite commune qu'ils habitent.

Normale jusqu'en décembre 1914. A cette époque, commence à devenir désagréable, soupçonneuse, jalouse à l'égard de son mari,

parfois excitée et violente. Demande le divorce, mais sans pouvoir articuler aucun grief précis. Frappe sa sœur, Veut tuer son mari qu'elle accuse d'avoir essayé de l'empoisonner. Après la guerre, devient progressivement très agressive, manifeste des idées de persécution à l'égard du maire et de plusieurs habitants de la commune, a dans son armoire un revolver chargé pour se défendre contre des attaques imaginaires. Malgré cela, a pu faire sa classe encore en 1926, sans aucune observation de ses chefs. En septembre de cette année, l'internement est reconnu cependant nécessaire, à la suite d'un certificat médical dont nous extrayons ces passages : « Délire de persécution très actif, dont le début remonte à plusieurs années et dont l'objet s'est étendu progressivement. Revendications impérieuses contre l'Administration de l'Enseignement et la Municipalité, plaintes contre le maire de la localité, interpellations et menaces sans motifs à des voisins et à des inconnus, manifestations toutes en rapport avec des troubles sensoriels pénibles généralisés, particulièrement de la sensibilité générale et de l'ouïe. Cette psychose dont la marche est chronique a fait de grands progrès depuis quelques mois... Mme D. est une cause de scandale et un sujet de terreur dans son village... elle est arrivée à une période de sa maladie où elle devient susceptible de mettre ses menaces à exécution. »

La malade se présente avant tout comme une excitée et une revendicatrice, lucide et mnésique. Elle proteste contre son placement, se plaint de la municipalité qui a mis à sa disposition un logement défectueux : « J'ai fait un peu de chahut dans ces temps derniers pour payer les membres du Conseil municipal de toutes les gentillesses qu'ils ont eues pour moi. » Dit que le maire est son ennemi personnel et qu'il lui a fait du tort. En veut aussi à son mari mais se montre assez réticente sur ce point. Parle avec exubérance, loquace, facilement irritable. Absence de fuite d'idées et d'associations par consonnances. Absence d'agitation motrice. L'orientation dans le temps et le lieu est parfaite. Parfois apparaissent des tendances légèrement mégalomaniaques : elle est « une nature d'élite », reproche au maire de ne pas avoir suivi certains de ses conseils car « l'institutrice est la personne morale de la commune ». On ne constate aucun trouble sensoriel net. Dit pourtant qu'il y a de nombreuses années elle a entendu « des voix » sans voir les personnages et ajoute : « je n'étais pourtant ni Jeanne d'Arc ni un saint ». Au cours d'un des examens, dans le cabinet médical, s'est levée brusquement, s'est approchée de la porte, a fait quelques gestes étranges, puis a dit : « j'espère qu'on va m'entendre... il y en a qui m'entendent à travers la porte ». Dans l'attitude générale on ne constate aucun phénomène schizophrénique. Tout en étant exubérante elle reste correcte, n'est pas négativiste, ne manifeste ni maniérisme ni stéréotypie d'aucune sorte. Pas d'impulsivité. Pas de rire sans motif (il y a parfois une tendance à l'ironie). A noter un certain degré d'entêtement. Il n'y a aucune conscience de l'état morbide. Mémoire bonne.

Pas de signes d'affaiblissement intellectuel. Pas de symptômes physiques d'un état morbide quelconque.

Mme D. s'est rapidement calmée et fut reprise par son mari sur notre propre conseil, le 30 décembre de la même année. Les diagnostics envisagés dans le service ont été : subexcitation maniaque et aussi dégénérescence mentale avec perversions instinctives. Jamais on n'a pensé à une psychose hallucinatoire. Au moment de la sortie, nous avions l'impression d'une *restitutio ad integrum* parfaite.

Le 10 février 1928, elle rentre de nouveau avec un certificat médical dont nous extrayons ces lignes : « Aliénation mentale caractérisée par un délire de persécution avec jalousie très marquée. Cette personne, après des menaces réitérées, a tenté récemment de se livrer à des voies de fait sur le maire de la commune après s'être armée d'une fourche. » D'après les déclarations du mari, la malade a commencé à devenir agitée dès le début de février et a commis des actes de violence. C'est dans cet état de surexcitation que nous la voyons arriver à l'Asile où elle est encore en traitement à l'heure actuelle (avril 1933). Nous donnons ci-dessous un résumé des symptômes constatés pendant ces cinq ans, en paragraphes distincts.

Fausses reconnaissances. Délire de sosies. Transitivisme. Croit reconnaître parmi les pensionnaires et les infirmières des personnes qu'ele a connues au dehors. La malade R. est sa fille. La sœur M. est une de ses élèves. Son mari a des sosies. A la maison il y avait un Monsieur qui lui ressemblait « comme deux gouttes d'eau... » « il s'asseyait à table et mangeait des biftecks ». Des gens chez elle « allaient et venaient » sous le nom de M. D. (son mari) qui pendant ce temps se soignait dans une ville d'eaux. Les visites ici ne lui sont pas rendues par son conjoint véritable... « on a établi un roulement ». Après une des visites elle nous a déclaré que le visiteur différait de son mari car il avait « les mains plus grosses », il paraissait « méchant », elle ne l'a jamais rencontré au dehors, puis a ajouté n'avoir jamais eu aucun enfant « avec cet individu ! » Une religieuse et une servante auraient également des sosies. Parmi les déclarations de Mme D. il y a ausssi lieu de retenir que M. D. devenait depuis quelque temps nerveux et surexcité, certainement malade.

Autres idées délirantes. Depuis plusieurs années, existent des idées de persécution, d'abord contre son mari qu'elle accuse d'avoir voulu la tuer, puis contre le maire et les conseillers municipaux du village qu'elle habite, enfin contre le personnel du service. A noter aussi l'existence des idées de jalousie à l'égard du mari. Depuis quelques années, se développent d'autres conceptions. Elle affirme que son vrai nom n'est pas celui qu'elle porte d'après l'état-civil, qu'elle a eu non pas deux mais huit enfants et donne leurs noms et leurs âges. Se dit issue d'une famille très riche, « apparentée à Victor Hugo », de nationalité belge, de son vrai nom « Clémence d'Ollez ». Les idées varient d'ailleurs d'un moment à l'autre.

Hallucinations de l'ouïe. La malade semble en avoir eu au début de

la psychose, vers 1914-1915. Ensuite elles ont disparu ou sont devenues très atténuées. En 1926 elles ont été constatées pendant la phase d'agitation ayant précédé le premier internement. Dans le service, notamment à la fin de ce premier séjour, nous n'en avons pas trouvé. En février 1928, au moment du second placement, il n'y en avait pas davantage. Mais depuis, plus particulièrement en 1931 et en 1932, la malade nous a dit, à plusieurs reprises, entendre la voix de son mari et de ses enfants qui pleurent et se plaignent. Une fois elle nous a déclaré : « Je suis en communion d'idées avec eux, je le sens par la pensée... ce ne sont pas de vraies voix. » Les hallucinations sont, en tout cas, rares, discrètes, n'alimentant pas le délire. Elles jouent un rôle tout a fait effacé.

Excitation. Phénomènes circulaires. Nous n'avons pas de données certaines avant 1926. Mais il semble bien y avoir eu, d'après les déclarations du mari, quelques périodes d'excitation entre 1915 et 1926 (notamment en 1919-1920). Il a été question plus haut de ce qui s'est passé en 1926. La période de 1927-1928 (ayant provoqué le second internement) a été assez courte. Nous n'avons pas ensuite de données précises avant 1930. Dans la première moitié de cette année, devient agitée et cet état dure jusqu'en juillet. Puis progressivement se calme. En novembre, nous la voyons tranquille, docile, travaillant avec goût (« contraste énorme » avons-nous noté dans l'observation). En décembre, commence à devenir excitée, capricieuse, exigeante, refuse de s'occuper, est bientôt violente, agressive, inconvenante. Au bout de quelques mois, se calme et passe une bonne partie de l'année 1931 dans un pavillon de tranquilles. La situation devient ensuite peu nette, moins tranchée au point de vue des accès. A noter cependant, pendant l'hiver 1932-33, une période de plusieurs mois d'agitation avec impulsivité. Chantait, criait, menaçait, frappait aux portes, commettait des actes violents. En mars-avril 33. est devenue plus calme, tout en restant hostile et parfois violente. Les périodes d'agitation se distinguent des accès maniaques vrais par l'absence de fuite d'idées et d'euphorie morbide. La malade est plutôt violente, agressive, qu'exubérante et expansive. Il y a peu d'instabilité motrice. Pendant les périodes de calme, il n'y a pas trace de dépression. Les idées maladives ne disparaissent jamais, elles s'atténuent tout au plus. Rappelons que la périodicité a fini par devenir de moins en moins nette. Mme D. est presque toujours actuellement dans un état de subexcitation.

Fond mental. Affaiblissement. Avant la psychose, la mentalité de Mme D. a toujours été absolument normale. Il n'y a jamais eu trace de débilité ni de déséquilibre. Depuis 1931-1932, nous observons un affaiblissement progressif de l'intelligence. Le délire, on l'a vu, devient fantasque, inconsistant, change de caractère. La malade, autrefois très correcte (sauf pendant les phases de grande excitation), l'est aujourd'hui (avril 1933) beaucoup moins : elle s'habille d'une façon négligée, n'est pas très propre, travaille mal et sans initiative, est

gloutonne, collectionne de vieux chiffons et de vieux papiers, montre à tout le monde des écrits et des dessins puérils et démentiels. Il n'y a pas de troubles du langage, pas de stéréotypies, mais il existe un léger degré de maniérisme. L'orientation est bonne. L'activité intellectuelle spontanée paraît nulle. Les sentiments affectifs sont nettement affaiblis. En somme et dans l'ensemble, il y a une déchéance non douteuse.

En résumé, il s'agit d'une femme qui normale jusque-là commence vers l'âge de 30 ans à présenter des troubles psychiques à base d'idées de persécution et de jalousie, avec, semble-t-il, un appoint hallucinatoire. D'abord compatible avec la vie sociale la psychose arrive ensuite à un degré tel que l'internement devient nécessaire (à 42 ans). Après un séjour dans le service de trois mois et demi, la malade sort avec toutes les apparences de la guérison. Rechute un an environ après la sortie provoquant un nouvel internement qui dure depuis plus de cinq ans. Au point de vue clinique, les traits caractéristiques principaux sont les suivants : prédominance dans le tableau morbide des troubles de l'identification avec délires des sosies, — rôle effacé des hallucinations de l'ouïe, — évolution par périodes avec paroxysmes d'excitation intellectuelle sans fuite d'idées, — terminaison par la démence après plus de quinze ans de maladie.

Quelques points théoriques soulevés par ce cas méritent qu'on s'y arrête.

Les troubles de la reconnaissance ont été beaucoup étudiés depuis une dizaine d'années, grâce surtout aux publications de Capgras et ses élèves sur le syndrome des sosies dont notre malade est un nouvel exemple. Il n'est pas dans nos intentions de présenter la question dans son ensemble : nous désirons simplement rappeler les rapports de ce syndrome avec d'autres phénomènes d'ordre plus général.

Dans un travail récent, Vié (1) a eu le mérite de montrer que les troubles de reconnaissance observés chez les aliénés relèvent de deux processus différents : soit d'une insuffisance dynamique ou organique de la mémoire, soit d'un véritable délire. Dans ce dernier cas — le seul qui nous intéresse ici — il s'agit de convictions délirantes qui « se présentent sous forme d'affirmations ou de négations systématiques, soit à titre de thèmes explicatifs, soit par suite du sentiment d'étrangeté ou de modifications intimes du moi, qu'une tendance transitiviste reporte sur le monde

(1) Vié. — Un trouble de l'identification des personnes : l'illusion des sosies. *Annales médico-psychologiques*, mars 1930, p. 214.

extérieur ». Retenons ces deux éléments psychologiques : le sentiment d'étrangeté et le transitivisme, liés en fait l'un à l'autre. Janet qui s'était déjà autrefois occupé de transitivisme vient de donner, dans un travail récent (1932) (1), son adhésion à la thèse de Pick qui « consiste à expliquer l'illusion du transitivisme par le sentiment de l'étrange et de l'irréel ». Capgras, Lucchini et Schiff ont d'autre part bien montré, à propos d'un cas personnel présenté à la Société clinique de médecine mentale (1924) (2), que l'illusion des sosies pouvait dériver du sentiment d'étrangeté : « Le monde — êtres et paysages — a changé autour d'elle (leur malade). Elle-même a changé et doit lutter pour garder le sentiment de son moi. Son intelligence critique reste néanmoins assez forte pour noter les différences caractéristiques et elle bâtit son illusion des sosies comme la seule explication rationnelle de ce changement. » A noter chez Mme D... la pauvreté des hallucinations auditives par rapport aux troubles de l'identification, ceux-ci étant extrêmement accusés.

La question des psychoses mixtes (ou « combinées ») est également à l'ordre du jour et c'est pourquoi il nous paraît utile de nous y arrêter.

On connaît l'importance des travaux de Magnan pour l'étude de ces formes cliniques et Gaupp a eu raison de rappeler, dans son travail de 1925 (3), que dès 1880 M. Magnan avait nettement indiqué le rôle joué par l' « hérédité mixte » dans l'apparition de ces troubles mentaux d'aspect atypique (4). Plus récemment (1926) (5), le même auteur, en collaboration avec Mauz, a montré l'importance de ces théories pour la compréhension d'états morbides dans lesquels se mélangent ces deux facteurs : élément schizophrénique et élément cyclothymique. L'étude, si à la mode aujourd'hui, des constitutions viendrait confirmer ces théories. Capgras et Joaki (6), dans un travail récent (1932), adoptent ces idées. Après avoir dit que « l'aliénation mentale presque tout entière se réduit à deux vastes synthèses, la schizophrénie et la

(1) P. Janet. — Les sentiments dans le délire de persécution. *Journal de Psychologie*, 1932, mars-avril, p. 161, et mai-juin, p. 401.

(2) Capgras, Lucchini, Schiff. — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. *Bulletin de la Société Clinique*, décembre 1924.

(3) Gaupp. — Zur Frage d. Kombinirten Psychosen. *Archiv. f. Psychiatrie*, 1925, vol. 76, p. 73.

(4) Magnan. — De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. *Archives de Neurologie*, 1880, p. 49.

(5) Gaupp et Mauz. — Krankheitseinheit und Mischpsychosen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1926, vol. 101, p. 1.

(6) Capgras et Joaki. — Psychose mixte. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1932, p. 574.

psychose maniaque-dépressive, elles-mêmes issues de deux grandes constitutions » (Kretschmer), ces auteurs émettent l'avis que celles-ci, « en apparence incompatibles » peuvent cependant « se mêler ».

En ce qui concerne plus spécialement la « combinaison » des états délirants avec les états maniaques ou circulaires, rappelons tout d'abord que nombreux sont les cas de psychose maniaco-dépressive avec idées délirantes surajoutées. Ces faits sont d'ailleurs en dehors de notre étude actuelle. Ce qui nous intéresse davantage, c'est au contraire la présence, au cours de véritables psychoses délirantes (hallucinatoires ou non), de phénomènes cliniques de la série maniaco-dépressive. Ainsi que l'a récemment encore rappelé Kolle (1930) (1), ce fut Specht le premier qui montra la parenté de certains délires d'interprétation ou de revendication avec la psychose maniaco-dépressive, question à laquelle Bessière consacra une thèse bien connue (2). Mais pour ce qui a trait aux paraphrénies, la priorité appartient, croyons-nous, à Pfersdorff qui en parla au Congrès de Strasbourg de 1914 (3). Il eut le mérite de montrer que dans certaines formes de paraphrénies, il existait une évolution rappelant la folie circulaire. Il trouvait d'ailleurs dans cette circonstance un argument en faveur de la nécessité de ranger la paraphrénie dans le cadre de la démence précoce, celle-ci ayant également souvent une évolution circulaire. La même opinion fut émise l'année suivante par Krambach (4). Capgras en 1921 présenta à la Société clinique de médecine mentale une observation de délire systématisé chronique hallucinatoire « greffé sur une folie intermittente », véritable « combinaison de syndromes » (5). Signalons aussi le travail de Skliar (1924) (6) rapprochant catégoriquement la paraphrénie de la psychose maniaque-dépressive et la publication des deux cas de Obregia et Dimolesco (1929) (7) dans lesquels il

(1) Kolle. — Die Beteiligung d. manisch-melancholischen Aulage am Aufbau paraphrener und paranoischer Psychosen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1930, vol. 131, p. 171.

(2) Bessière. — Paranoïa et psychose périodique. *Thèse de Paris*, 1913.

(3) Pfersdorff. — Ueber Paraphrenien. *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1914, vol. 71, p. 766.

(4) Krambach. — Ueber chronische paranoide Erkrankungen. *Archiv f. Psychiatrie*, 1915, vol. 55, p. 911.

(5) Capgras. — Folie intermittente et délire systématisé chronique. *Société Clinique de Médecine mentale*, janvier 1921.

(6) Skliar. — Ueber die Klinische Stellung d. Paraphrenien. *Archiv f. Psychiatrie*, 1924, vol. 70, p. 226. *Anal. Zentralblatt*, vol. 37, p. 134.

(7) Obregia et Dimolesco. — Syndrome délirant et hallucinatoire à évolution périodique. *Spital.* (*roumain*), 1929, vol. 49, p. 379. *Anat. Zentralblatt*, vol. 57, p. 514.

s'agissait de délire hallucinatoire chronique évoluant par périodes. Les auteurs qualifient ces cas d' « atypiques » et les rattachent à l'existence d'un élément cyclothymique dans une constitution paranoïaque. Cette dernière opinion ressemble, en somme, à celle de Lange (1927) (1) qui paraît être assez sceptique sur l'association véritable de deux psychoses différentes, éventualité possible certes, mais qu'il ne faut pas confondre avec celle qui consiste dans la présence par exemple de quelques symptômes circulaires au cours d'une démence précoce. Nous partageons entièrement cette manière de voir. L'évolution par poussées successives, l'existence d'accès plus ou moins tranchés, l'alternance même de phénomènes d'excitation ou de dépression ne suffisent pas à porter le diagnostic de folie intermittente du moment que le tableau clinique est dominé non par les troubles caractéristiques de l'humeur, mais par un délire hallucinatoire avec évolution vers une démence vésanique. Legrain notamment a bien fait remarquer au cours de la discussion soulevée par la présentation en 1921 du cas de Capgras qu' « au cours d'un délire chronique on peut observer des paroxysmes donnant l'impression d'un deuxième état, mais que c'est une seule psychose en réalité ». On sait du reste que Magnan, s'il admettait effectivement des associations de psychoses différentes, les considérait comme rares. Nous avons eu déjà l'occasion d'insister sur cette rareté, avant et depuis la guerre.

Il nous paraît utile de dire quelques mots des rapports de la paraphrénie avec la démence précoce. Ces deux groupes furent reconnus distincts par Kræpelin dès 1912. Frey, auquel on doit une excellente monographie sur « les conceptions de Kræpelin et les conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques » (1923) (2) écrite sous l'inspiration de Pfersdorff, définit ainsi la paraphrénie : « La paraphrénie est la variété caractérisée par l'absence ou la rareté des troubles autonomes de l'affectivité et de la volonté, et par la prédominance du délire qui témoigne à lui tout seul d'un certain degré d'incoordination psychique. Si l'on veut, c'est la variété dans laquelle la dissociation est localisée surtout dans le domaine du jugement. » Mais cette distinction ne fut pas reconnue légitime par tout le monde. Sans vouloir présenter un historique complet de la question, nous tenons toutefois à marquer quelques points qui nous paraissent importants.

(1) Lange. — *Traité de Bumke*, 1928, vol. VI.

(2) Frey. — Conceptions de Kræpelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques: *Thèse de Strasbourg*, 1923.

En 1921, M. Mayer a émis l'opinion (en se basant sur l'étude catamnestique de nombreuses observations) que la paraphrénie n'était « probablement » qu'une variété de schizophrénie dont la symptomatologie n'était si particulière qu'en raison de l'époque assez tardive du début (1). Mais Fischer et Jaschke (1931) pensent, au contraire, en se basant surtout sur des recherches biologiques qu'il s'agit de deux groupes entièrement différents (2). C'est également cette différence qu'admet l'école de Sainte-Anne en s'appuyant avant tout sur la clinique. A l'occasion d'une présentation faite à la Société médico-psychologique (1932), Claude, Le Guillant et Rondepierre disent (3) : « La conservation de l'intégrité intellectuelle, une affectivité normale séparent nettement ces états des psychoses paranoïdes, semblables quant au délire, profondément différenciés quant au fond mental et affectif. » Rappelons ensuite la manière de voir de Mayer-Gross dont il a été question au début de ce travail (4). Pour notre part, nous restons partisans de la dualité, opinion que nous avons déjà défendue dans plusieurs publications antérieures.

Ainsi qu'on a pu le voir par ce qui précède, le cas de la malade D... est complexe et soulève d'intéressants problèmes de nosologie psychiatrique.

L'existence de troubles graves de l'identification des personnes (avec délire des sosies) mérite d'être retenue, étant donné surtout que les troubles hallucinatoires proprement dits et plus particulièrement les hallucinations de l'ouïe sont absents ou en tout cas minimes. On a vu plus haut les rapports de ces phénomènes avec le sentiment d'étrangeté et le transitivisme. L'évolution d'abord par poussées successives, puis sous une forme rappelant la folie circulaire est également assez particulière. On peut penser à ce propos à une psychose « combinée » ou « mixte ». Nous avons montré que cette question des psychoses dites combinées est très controversée et qu'il importe d'accueillir les diagnostics de ce genre avec la plus grande réserve. La juxtaposition chez le même sujet de deux maladies dont l'une est à évolution démentielle tandis que l'autre n'aboutit pas à un affaiblissement intellectuel est une hypothèse peu vraisemblable. La vérité est

(1) W. Mayer. — Ueber paraphrene Psychosen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1921, vol. 71, p. 187. V. aussi discussion in *Zentralblatt*, vol. 26, p. 78.

(2) Fischer et Jaschke. — Zur nosologischen Stellung d. Paraphrenie. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1931, v. 137, p. 791.

(3) Claude, Le Guillant et Rondepierre. — Considérations sur un cas de paraphrénie. *Société médico-psychologique*, séance du 19 mai 1932.

(4) Mayer-Gross. — *Traité de Bumke*, 1932, vol. IX.

qu'il s'agit d'une psychose délirante aboutissant à la démence au cours de laquelle existent des exacerbations qui peuvent faire songer à la folie intermittente, mais qui n'ont sans doute rien de commun avec celle-ci : seules peuvent être notées des analogies de surface, les symptômes fondamentaux étant absents.

Comment étiqueter en fin de compte la maladie de Mme D... ? Deux diagnostics seulement peuvent être envisagés : la schizophrénie ou la paraphrénie, l'autonomie de celle-ci étant du reste mise en doute par plusieurs auteurs. Nous avons dit d'ailleurs plus haut que personnellement nous sommes en faveur de cette autonomie, estimant du reste que le domaine de la schizophrénie est devenu trop vaste et qu'il ne répond nullement à la réalité clinique. En tout cas, dans l'espèce, ce diagnostic de schizophrénie peut être écarté avec certitude. On ne pourrait penser en effet qu'à la variété dite « démence paranoïde grave ». Or, dans cette forme clinique, l'évolution vers un état démentiel terminal se fait beaucoup plus rapidement que chez notre malade et il y a, coexistant avec les idées délirantes et les hallucinations, des troubles de la série schizophrénique (maniérisme, stéréotypies, négativisme, verbigération, etc.). On arrive ainsi par voie d'élimination au diagnostic de paraphrénie qui est d'autre part corroboré par la présence d'un certain nombre de signes positifs non douteux : caractère endogène de la psychose ; délire assez systématisé accompagné de troubles sensoriels ; évolution assez lente vers un état terminal d'affaiblissement intellectuel, sans les symptômes de dissociation psychique dans les sphères de l'affectivité et de la volonté. On peut écarter facilement les variétés expansive, fabulatrice et fantasque de la paraphrénie : la première caractérisée par la prédominance d'un délire de grandeur avec un état d'euphorie et d'excitation ; la seconde marquée par la prédominance des paramnésies et des confabulations ; la troisième enfin se distinguant surtout par l'extravagance, l'incohérence et l'instabilité des idées délirantes, avec démence terminale très marquée. Le cas de notre malade se rapproche surtout de la variété systématique, celle-ci étant, comme on le sait, très semblable au délire chronique de Magnan. L'apparition d'idées délirantes de grandeur après celles de persécution et une évolution lente vers la démence vésanique plaident en faveur de ce diagnostic, mais le peu d'importance des hallucinations de l'ouïe et l'existence de poussées d'excitation intellectuelle ne cadrent pas avec les descriptions classiques. Il s'agit donc, semble-t-il, d'un cas assez atypique et c'est ce qui nous a incité à le faire connaître.

UNE FORME SPÉCIALE DE TROUBLES DE L'ASSOCIATION DES IDÉES

PAR

PIERRE PRENGOWSKI

Quand on étudie les troubles de l'association des idées chez les aliénés, on a généralement recours à l'analyse. On cherche à se rendre compte de l'essence même des liaisons, qui ont lieu, quand le cours des pensées est défectueux. Notre attention est dirigée tout particulièrement sur la manière, selon laquelle s'unissent les pensées associées.

Nous remarquons alors des associations phonétiques et, en outre, deux troubles, deux sortes de relâchement de la liaison des idées : fuite de la pensée et incohérence (1). Ces deux relâchements sont l' « Ideenflucht » et la « Zerfahrenheit » de l'école kræpelinienne (2), qui considère cette dernière (Zerfahrenheit) comme étant un symptôme schizophrénique (3).

(1) Dans le nouveau manuel de psychiatrie de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, André BARBÉ et DELMAS (*La pratique psychiatrique*, IIe édition, 1929), les auteurs considèrent, d'accord avec ROGUES DE FURSAC, que l'incohérence et la fuite des idées « sont deux degrés différents d'un même processus morbide » (page 81). D'autre part, dans le traité de la collection de E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX (*Psychiatrie*, tome I, 1926), on constate, qu'il y est établi nettement, non seulement une différence entre l'incohérence et la fuite des idées, mais encore que « l'incohérence proprement dite » doit être distinguée de toute une série de « pseudo-incohérences » et que l'incohérence peut se combiner avec la fuite des idées (excitation) et avec la dépression.

(2) *a*) KRÆPELIN. — *Psychiatrie*, VIIIe édition, page 292 et *Einführung in die psychiatrische Klinik*, IIIe édition, 1916, page 437.

b) BLEULER. — *Manuel de psychiatrie*, 1930, Ve édition, page 50.

c) BUMKE. — *Manuel*, 1928, Vol. 1, par W. JAHRREISS : *Les troubles de la pensée*, page 565.

(3) Quelques auteurs allemands expriment l'opinion qu'il faut distinguer l'incohérence non seulement de la fuite des idées, mais aussi de la « Zerfahrenheit ». (Voir le travail mentionné du Dr W. JAHRREISS dans le manuel de BUMKE). Notamment, selon RAECKE, BINSWANGER et LIEPMAN, l'incohérence

La méthodologie des sciences naturelles exige, que l'analyse et l'investigation des phénomènes soient précédées par une description, dûment faite, de ces phénomènes. Ce procédé devrait être appliqué à l'étude des différents processus des associations défectueuses, telles que nous les présentent la vie et la réalité clinique et que nous observons dans les différentes formes des énonciations des malades. Il faut juxtaposer leurs similitudes et leurs différences, les classer et les répartir en groupes et en types nettement définis.

En appliquant un tel procédé plus méthodique, on parviendrait à mettre en évidence le fait, que la diversité des altérations, se manifestant dans les troubles des associations d'idées, dépend, non seulement du relâchement de la liaison des idées associées, mais est due aussi à d'autres facteurs. Parmi ces facteurs — outre les associations purement phonétiques, dont nous avons déjà parlé — il faut en indiquer en premier lieu deux :

Le premier facteur (jouant un rôle dans le cours des idées associées) est la relation qui existe entre l'attention et le cours des idées : 1. l'attention n'exerce aucune influence sur la fuite des pensées, l'attention est tout à fait inactive ; 2. l'attention est active et influence le cours des idées. Une telle action de l'attention, dirigée à l'extérieur (vers le monde extérieur), se manifeste clairement dans les états d'excitation purement maniaques, où le processus de l'observation joue dans le domaine de la pensée un rôle principal. Au cas où l'attention est dirigée principalement vers l'intérieur, on voit apparaître au premier plan les pensées créées par la mémoire ou bien les idées créées par l'imagination, si nous avons affaire à des états de rêverie. De même une certaine direction de l'attention et de la pensée se fait voir dans les états dépressifs, euphoriques et délirants et influe sur le cours des idées.

Le second facteur, qui laisse aussi une empreinte sur le cours des pensées, est constitué par certains autres troubles psychiques, en premier lieu par des troubles de la conscience et de l'orientation (dont l'intensité peut être tantôt plus grande, tantôt moindre) et aussi par des hallucinations sensorielles et des idées délirantes.

apparaît surtout dans les états délirants épileptiques; selon Ziehen, elle apparaît aussi dans l'amentia et dans les états hystériques ; selon Stransky et Mayer-Gross, on la trouve dans les « psychoses symptomatiques ». Bumke, Lange et d'autres estiment que l'incohérence est une « Zerfahrenheit » au cours d'états d'obnubilation de la conscience.

Tous les facteurs mentionnés peuvent s'unir de différentes manières. De ce fait résulte toute la diversité mentionnée des formes et des types, que nous trouvons dans les énonciations des malades et dans les processus de l'association altérée de leurs idées. Toute cette variété des formes n'a été l'objet ni d'une description suffisante, ni d'une classification systématique. On s'est en général borné à distinguer, outre le groupe mentionné des associations purement phonétiques, deux aspects seulement de l'association altérée des idées, qui répondent aux deux altérations de la liaison des idées, découvertes par l'analyse (la fuite et l'incohérence), sans même prendre en considération, que ces deux formes de troubles présentent des variétés et peuvent se combiner et donner des formes complexes.

Les remarques — notées plus haut — de *M. Laignel-Lavastine* et des auteurs français concernant la possibilité d'une manifestation simultanée de l'incohérence et de la fuite des idées et au sujet des différents aspects de la pseudo-incohérence, indiquent que ces auteurs admettent la nécessité d'étudier les différents aspects et les groupes des énonciations et des associations incorrectes de nos malades. D'autre part les remarques de quelques auteurs allemands, qui distinguent l'incohérence de la « Zerfahrenheit » (qu'on pourrait nommer l'incohérence schizophrénique) sont la preuve qu'on ressent le besoin de décrire, outre les associations avec fuite d'idées et les associations schizophréniques, d'autres aspects d'associations altérées.

Kræpelin (*Psychiatrie,* page 196), parlant de la confusion totale des idées (Verwirrtheit), note, outre deux formes de confusion, causées par la fuite des idées ou leur incohérence, quatre formes, nommées : « traumhafte (dans des états délirants aigus), combinatorische, hallucinatorische, stuporose Verwirrtheit », sans toutefois les préciser et les décrire d'une manière plus nette. Bleuler (*Manuel,* page 56) mentionne aussi de la confusion affective.

Le type de trouble du cours des idées, qui se manifeste dans les états délirants aigus et que Kræpelin définit comme la confusion du caractère des rêves (traumhafte Verwirrtheit), est l'exemple d'un trouble combiné, caractérisé par : la fuite des idées, l'obnubilation de la conscience, de nombreuses hallucinations sensorielles et aussi du délire.

Il paraît que cette forme du processus altéré de la pensée se trouve en relation avec le groupe décrit plus bas des troubles des associations, que souvent on estime, à tort, être une incohérence schizophrénique.

Pour caractériser ce groupe d'associations altérées, nous donnons plus bas les exemples des énonciations chez trois malades (*Sul., Stry, Rad.*), dont les troubles diffèrent en intensité, et nous les comparons avec les énonciations indubitablement incohérentes schizophréniques chez deux autres malades (*Lask.* et *Zal.*). Il faut noter que chez l'une de ces dernières (chez *Zal.*), se dessine au premier plan le négativisme, accompagné d'une incohérence schizophrénique peu marquée et sans confusion du langage (Sprachverwirrtheit), tandis que *Lask.* manifeste surtout une confusion du langage.

En premier lieu je donne plus bas la description des associations des idées chez *Sul.*, en faisant une comparaison de ces associations altérées avec l'incohérence des idées chez deux malades schizophréniques : *Lask. et Zal.* La malade *Sul.*, a déjà été décrite par moi dans une de mes publications (1) précédentes et citée comme un exemple d'un état terminal, qui diffère des états terminaux de démence précoce, que nous connaissons. La psychose, dont elle est atteinte, est, à mon avis, autre, que la démence précoce.

La malade *Sul.*, célibataire, a vingt-deux ans. Sa maladie psychique débute il y a cinq ans. Sa vie affective est intense et changeante ; il y a toujours un vif reflet de sentiment dans ses paroles ; sa conduite et sa manière de parler sont naturelles ; il n'y a en elle ni négativisme, ni maniérisme ; son orientation est toujours défectueuse, à cause d'une obnubilation partielle de la conscience, d'un caractère primaire ; elle a des hallucinations et des illusions sensorielles, principalement visuelles, des idées délirantes changeantes, fantastiques et absurdes. Elle a conservé une bonne faculté de perception et on remarque chez elle la fuite des idées.

Les réponses des malades *Lask* et *Zal*, sont indiquées en même temps que celles de *Sul.* dans le tableau suivant. Les mots inducteurs sont empruntés à Kræpelin qui les utilisait pour la recherche des troubles du cours des idées (2).

(1) *L'Encéphale*, N° 7, 1931. « Deux formes de l'état terminal... » (Observation II).

(2) « Einführung... », 1916, page 479 .

	Lask(owska) schizophrène, atteinte de confusion du langage	Zal(ewska) schizophrène, non atteinte de confusion du langage, mais faisant preuve d'un négativisme marqué	Sul(inska)
1. Etre couché.	Maux de cœur cruels.	On ne peut pas toujours être couché sur un canapé, pas dans chaque vêtement.	Le lit.
2. Fleur.	Odorante... j'aime cela... une plante très joyeuse.	Quelque figure en automne.	« Chimala » (ce mot ne signifie rien).
3. Balle.	Egorger quelqu'un ou quelque chose... je n'en ai pas la force.	Je ne puis vous dire ce qui m'est venu en tête.	Locomotive.
4. Large.	Le monde, dans lequel on peut vivre, nager, croître et s'y enterrer.	Large.	Salle des chaudières, étuve et station électrique.
5. Confier.	On ne peut pas tout, parce que de mon temps on m'a tué, en me confiant... c'est une chose trompeuse.	Large, large, la roche, de la roche.	Automobile.
6. Roi.	C'était mon mari... à présent il manque... le monde me tourmente et le peuple « tourmente ».	Me voici, que désirez-vous, monsieur.	Pigosiewicz... Shauzenbach.
7. Table.	Il faut y mettre quelque chose de gai.	Louis XIV.	« Gusia » (ne signifie rien).
8. Lion.	C'est une bête dans la forêt rugissant autrefois... très c'est gentil... comme si l'homme comprend tout.	Ne sait pas penser, ne peut pas penser, c'est une bête puissante, capable, douce.	Le lion, le cheval et moi.
9. Bien portant.	Aujourd'hui il y a peu de bien portants, tous sont malades, se tourmentent et quelqu'un auprès d'eux.	Insolent.	Un deux, un deux, un deux.
10. Pardonner.	Il lui faut cela, parce qu'ils disent toujours qu'ils ne sont pas bons.	Nichterlauben... prière d'une vierge.	Chaudron, pluie, filet de porc, foie, veine, harengs, beurre, fromage, guillotine.
11. Profond.	La forêt est si profonde, on la coupe.	Fein... qu'est-ce que c'est profond, ce n'est pas peu profond.	Assiette.

	Lask(owska) schizophrène, atteinte de confusion du langage	Zal(ewska) schizophrène, non atteinte de confusion du langage, mais faisant preuve d'un négativisme marqué	Sul(inska)
12. Garçon.	C'est un enfant et, quand il n'est pas là, on s'ennuie.	Die Ziege... garçon... die Ziege.	Erasme.
13. Tempête.	Terrible chasse-neige, ouragan, pluie... c'est quelque chose d'horrible... je n'aime pas pour ne pas être « abbimée ».	Balle très belle.	Waterloo.
14. Chambre.	Elle est pleine d'hommes et on tourmente tout le temps les pensées, le sang, les sentiments... on provoque une « anxietété » par leurs « bebêtises ».	La chambre... Busko la Source... un livre avec des images.	Cendres.
15. Membre.	Homme « à vertus », autrefois illustre.	Je ne sais ce que c'est.	Organe masculin... machine, chaudron, casserole.
16. Avoir espoir.	Cela veut dire comme « l'existence de pensée ».	Sortir de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu au plus vite, seulement ne pas se noyer dans l'eau.	Srabowski, côtelettes farcies et filet de porc, matrice jaune, reins, Sigismund Sulinski.
17. Pied.	Debout, assis, couché ou quelque autre... je ne sais pas.	J'ai des flueurs blanches, monsieur le docteur, je suis malade... je ne puis pas parler sérieusement.	Grand... grand.
18. Noir.	Qui est-ce, je ne le sais pas... on dit *le satan... un homme en défense... parce que roi.*	Si j'étais à la maison, j'aurais mangé de bonnes choses, des crêpes, des fraises.	Un deux, un deux, un deux.
19. Cordon.	Une chose, qu'on *a* besoin d'employer.	Sixième section, essuie-main, lieu d'aisance... Mariette.	Dynamite.
20. Dormir.	C'est une chose agréable, quand on peut.	Ecrire une lettre dans l'autre monde.	« Poankar » (ne signifie rien).
21. Femme.	Objet.	Marie Stanowska avait un fils Sigismond.	Die Frau.
22. Lisse.	Pas toujours.	Alexandre Rodziewicz.	Filet de porc, jambon, mielleux sucre, bière, vin et différents mélanges.
23. Mort.	C'est une chose cruelle.	Powonski (un cimetière).	Un deux, un deux.

	Lask(owska) schizophrène, atteinte de confusion du langage	Zal(ewska) schizophrène, non atteinte de confusion du langage, mais faisant preuve d'un négativisme marqué	Sul(inska)
	—	—	—
24. Soie.	On peut s'habiller avec cela... à présent cela eoûte un peu... on ne peut pas « emplettiser ».	Casser une petite balle peinte d'une couleur sombre... loquet d'une porte.	Théophile, soie blanche, bleue, rose sans souci, déterminer.
25. Menacer.	On le peut, s'il y a pourquoi.	Vorwärts Marseh.	Tempête.
26. Speetateur.	C'est un homme très sage.	Cela s'appelle... comment, eomment ?... ce sera M. Rydzewski évidemment.	La vue... Madame Kowalska.
27. Froid.	Parce que saison froide.	Chaud.	Trente, quarante, cinquante, soixante.
28. Pigeon.	Gentil oiseau... je l'aime, quand cela vole et roueoule.	Soie.	« Poankar »... Wiesia Sulinska.
29. Rivière.	Qui coule, qui reste en plaee... j'aime, quand elle reste immobile et coule autour de lui.	Tignasse dorée.	Narew... Goplo (rivière et lac en Pologne).
30. Danser.	Cela veut dire s'amuser gaiement et si c'est impossible « alors jalousie ».	Je dois avoir la elef à l'hôpital, M. le docteur.	La fillette perd la tête au bal... la danse de St-Guy.
31. Pesant.	Je ne sais pas ce que cela peut être.	Je ne sais ce que cela est... est-ce un mauvais air.	Powonski. Bruduo (des cimetières) et se dit difficilement (phrase rimée en polonnais).
32. Homme.	Oh ! e'est une grande « triomphance » pour la vie.	Qu'est-ce que c'est cela ?... ce sont des linges mouillés... de la saleté... des chemises.	L'âme sur un chapeau (les deux mots font la rime en polonais).
33. Coutume.	Selon ee que cela est, je pense alors, qu'elle est bonne et si elle n'est pas bonne, je ne l'aime pas trop.	Je ne sais, ce que cela est... faiblesse.	Polono-russe... Jeanne Sulinska... toute la famille des Sulinski se trouve à Tworki (asile d'aliénés).
34. Douleur.	Chagrin « non conforme ou conforme... » cela ne s'aceorde pas toujours « avee le droit de tenir le nerf ».	Faiblesse... c'est une vieille expression polonaise... un homme faible est faible.	Douleur dans les os ou bien, qu'il est déjà un mort... pas pour la vie.

	Lask(owska) schizophrène, atteinte de confusion du langage	Zal(ewska) schizophrène, non atteinte de confusion du langage, mais faisant preuve d'un négativisme marqué	Sul(inska)
35. Prier.	Oh ! je n'aime pas du tout... parfois on me taquine et on me « anormalise » terriblement.	Le directeur Kozlowski, un homme très agréable, a des yeux charmants.	L'âme.
36. Bête.	Aujourd'hui presque chaque homme... cela veut dire anormal.	Pas intelligent.	Borowiak (c'est le nom de son fiancé).
37. Lit.	C'est un objet pour « reposer... » il faudrait s'occuper de quelque chose d'autre, parce que « trop d'idées ».	Le fer.	Fripouille.
38. Or.	Des morceaux de pierre chers et malins.	L'arsenic.	Chant de la guitare avec la mandoline.
39. Dent.	Cela se meurt chez moi, fait mal, irrite.	Mr le Docteur Preugowski ne veut rien savoir du mal de dents.	Der Kuh.
40. Intention.	S'il n'y a pas pour qui « intentionner », alors il ne faut pas « intentionner ».	La trépanation du crâne.	Intention... changement de cela... puis un mot sans signification, qui rime avec le mot suivant) : jambon-fumé... chevau-léger.
41. Lentement.	Oh ! on y viendra plus vite ou bien parfois on peu par trop tarder.	Sautillant.	Attaché... consul irlandais quelque part à l'étranger se balance.
42. Ville.	La ville, c'est la place de l' « habitance » de la population et d' « une autre ».	Bialystok (Ville en Pologne).	Varsovie, Berlin, Dantzig, New-York, mon petit Georges, ma petite Hélène.
43. Blanc.	Papier blanc peut-être... un objet, sur lequel un homme aime à être.	Belgique, Belgrade, la ville de Sofia, Constantinople, Koustancin (localité près de Varsovie).	Pastèque blanche, citrouille.
44. Souci.	Un terrible chagrin.	Niewiarowska, Radwan, Krukowski (acteurs dramatiques polonais).	Déterminer.
45. Doux.	Le sucre l'est... je n'aime pas doux avec tout.	Monsieur Trotzki, Monsieur Rakowski... süsse.	Miel, massepain.

	Lask(owska) schizophrène, atteinte de confusion du langage	Zal(ewska) schizophrène, non atteinte de confusion du langage, mais faisant preuve d'un négativisme marqué	Sul(inska)
46. Couteau.	Instrument tranchant, dont j'avais peur cette semaine.	Le chef de l'état le Maréchal Pilsudski, le général Josephe Haller, l'archevêque Zarnowiecki.	Sarcophage, nécessaire de voyage et la ouate.
47. Refuser.	Repousser quelqu'un et ne pas être avec lui « dans l'agrément ».	Electricité, hypnotisme.	Patenôtre et ave Maria.
48. Droit.	Une bonne chose pour moi, il me serait à présent utile « on me perd cela ».	Dix ans, la dixième année pas la sixième.	Blanchisserie, rôti, dessous, filet de porc, déterminer.
49. Sauter.	D'un objet à un autre... la santé manque.	Madame la comtesse Lubienska, rue Masowiecka, 11, elle demeurait là.	Discipline.
50. Diable.	Homme cruel pour la haine.	Lucifer.	Rhinocéros, agrafe, girafe, éléphant.

Les traits caractéristiques des énonciations de nos trois malades apparaissent encore plus nettement dans l'exposé ci-dessus de leurs réponses aux questions contenues dans le schéma habituel de l'examen psychiatrique.

	Lask(owska)	Zal(ewska)	Sul(inska)
1. Nom, prénom ?	Laskowska.	Les miens ? mais j'ai écrit à la chancellerie... Ludwika Samarytanck... (elle parle français) : oui, parce que je ne veux pas être avec mes parents... je veux travailler pour moi-même... je veux donner quelque chose pour mes parents... mon nom est Ludwika Samarytanck.	Jadzia Borowiak (Borowiak était son fiancé).

	Lask(owska)	Zal(ewska)	
2. Profession ?	Quelle est ma profession ? actuellement moi, je ne m'occupe de rien (et précédemment ?) avant « étais » couturière dans différents emplois... bureau.	A la maison ? A la maison je ne faisais rien, j'apprenais, j'allais aux écoles et puis je travaillais au bureau, j'enseignais les enfants.	Moi ? Je repassais à la maison des mouchoirs... je repassais des monchoirs (regarde les lunettes du médecin), j'ai aussi des lunettes aussi grandes... un mouchoir était aussi grand (regarde dans la rue) oh, le point d'arrêt du tram reste en place... écrivez à Hélène.
3. Age ? combien d'années ?	« Il y a 1807 »... (qu'est-ce 1807?)... qui naissait en l'année 1807.	(elle parle français) : mon âge ? Je ne sais pas... vingt septième... je fais les vers (elle récite des vers polonais). Une autre fois à cette question elle a répondu): Monsieur le Docteur, c'est énigme... les Allemands ont changé le calendrier.	23 (elle est plus âgée que cela).
4. Quelle année actuellement ?	La seconde, la troisième... je dirais... comme on tourne, comme on écrit normalement ou sensuellement... on décrit deux drames... moi seulement « baffrer »... pourtant je ne suis pas malade... je suis une soupe... on préparera à la hâte une omelette...	Je ne sais pas.	Soixante-quinzième... (à une seconde question) soixante-quinzième... je vous l'ai bien dit, monsieur le docteur.
5. Le mois actuel ?	A présent ?... novembre.... trois jours... grande affaire... et vous écrivez ainsi des bons mots, qu'ils sont... on paie pour cela ou on perd la santé (phrase rimée).	Je ne me souviens pas... septembre, août... je ne sais pas... septembre.	(le mois) des fraises.
6. Quel jour ?	C'est aujourd'hui le 27 octobre, et moi j'ai dit que c'est novembre... dans trois jours ce sera novembre (bien)... j'ai mes sens à Kolomna (une ville russe) et eux, ils m'embrouillent comme une malade « sensorielle »... ainsi je ne puis aller vers le mari... je parle comme une sotte et eux comme des sages.	Je ne sais pas... je suis amoureuse de l'infirmier.	Ecris, lundi, mardi, mercredi (elle nomme tous les jours de la semaine).

	Lask(owska)	Zal(ewska)	Sul(inska)
7. Quelle est cette maison? pour qui ?	De santé... hôpital... sens non sens... toute l'Europe s'est arrêtée... pour différents malades, pour moi il n'est pas bon... j'ai besoin d'un hôpital propre, « numereux », qui me « guérir » l'esprit « séparé de la raison ».	L'abbé Siedlecki en haut (une autre section au premier étage) missionnaire... ma collègue, une connaissance à moi est en haut.	La maison ? L'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu... pour les aliénés... (Quelles personnes sont dans la salle ?) Ils creusent parce qu'il y a là des diamants, des perles différemment... l'une dit, que timon, balance de dessert, un grand rôti sur le plat, que maman coupe en morceaux... n'auriez-vous pas été par hasard sur la lune ? Sur la lune... la lune, le soleil, les étoiles, le ciel, les nuages... j'ai pour vous, Monsieur, trois, quatre chocolats pour dessert... Mon oncle va encore tôt pour les concombres... à droite et à gauche il tourne différemment... as-tu été au ciel ?.... c'est comique sur ce calendrier (elle jette un regard sur le calendrier d'à côté et rectifie sa position)... cela doit être ainsi... la lune a dit que les portes au ciel sont fermées... on les ouvrira seulement à huit heures... huit heures quarante... c'est là que va habiter mademoiselle Jadzia... ne savez-vous pas par hasard où demeure Lucifer... cyrographie et autres choses... (regarde le coussin) mon coussin de mariage... l'empereur de Russie Nicolas II est mort... j'ai perdu le nécessaire de voyage... les affaires arbitrales...

	Lask(owska)	Zal(ewska)	Sul(inska)
8. Qui suis-je ?	Mousieur le docteur Preugowski de notre hôpital « jeauo-divin ».	Der Herr der schön gesang.	Falkowski (qui est Falkowski ?), Falkowski c'est un savonnier... un quart de livre de savon et un quart de livre de fard. (Qui suis-je ?) Hérode. (Une autre fois elle a répondu à cette questiou) tu es le docteur Suliuski... vous êtes feu mou grand-père, j'ai été près de votre tombe... coubieu cela se trouve-t-il, que vous vivez ?
9. Combien de temps êtes-vous là ?	Le 17e-18e mois, il me semble, depuis juin de l'année dernière (elle a dit juste).	Zwölf Jahre-sieben, acht, neun, hochachtungsvoll.	Deux années avec le uécessaire de voyage... le nécessaire est sur la feuêtre et moi je suis au corridor.
10. Avez-vous des parents ? (des enfants ?)	Non... j'en ai, mais ils sout issus d'oncles, de tantes, « lointaiprogenitarien »... j'en ai eu, mais ils sout morts... on me les a volés... j'en ai de morts... avortés... « cela doit être une place composée »...	Rechts um vorwärts marsch... (à une question renouvelée) trois sœurs vivaient au monde... deux frères issus d'oncle, trois issus de tante... il fait chaud aujourd'hui... cela n'a pas de sens.	Je n'ai persouue, je suis seule, seule et d'après cela pantoufles, bas, paletot et chapeau... le logement et que je puisse aller au cinéma... à présent apposez le cachet pour que cela soit valable... j'ai deux frères... l'uu s'appelle petit Georges et l'autre Jeau... écrivez-le, Monsieur... chez Laskaner (c'est le propriétaire d'uue imprimerie)... je voudrais travailler... deux livres de poires, uue livre de pommes... je puis rester toute la vie dans ce bureau (elle indique le cabinet médical)... signez, Monsieur, « Jadzia Borowiak »... (regarde par la feuêtre)... les fiacres circulent dans la ville, les magasins sont ouverts... le bain, le savon, l'essuie-main... je voudrais aller

	Lask(owska)	Zal(ewska)	Sul(inska)
	—	—	—
			au parc Skaryschewski... à Berlin je voudrais partir... des yeux bleus, figure blanche sur un fond blanc... une livre de sorbet, deux livres de raisins... un crayon, une plume... Drewniana (rue) 3, logement 8... signez, monsieur, vélocipède, migraine, jupe ouatée, semelle, un kilo de cerises, 2 kilos de raisins, vignoble, chinois...
11. Etes-vous mentalement malade ?	En moi cela me paraît et le cri me choque et comme si j'étais « le mental ».	Sie, Herr Doctor, haben mir einen Ring mit Brillanten versprochen... im vorigen Jahre hat mir Frau Chojecka einen schönen Ring gegeben, einen einfachen.	Oui, c'est ainsi... j'ai deux échelons cassés dans la tête... j'ai un grand dent par derrière... écris Schancenbach.
12. Avez-vous des frayeurs ?	Oui, des battements de cœur... j'ai peur des « passasseurs près de moi »...	Si je n'ai pas des frayeurs ? Je suis, si je le sais, une créature stupide, je ne suis bonne à rien.	Oui, j'ai parfois des attaques, des attaques de phtisie.
13. Avez-vous des griefs contre quelqu'un ?	J'ai de terribles griefs... contre tous.	Etes-vous un juge d'instruction pour noter de telles choses... Vous êtes mon grand-père... pourquoi l'écrivez-vous ?	
14. Des voix ?	Oui, qui me torturent... me pillent et cela ne me fait rien... eux veulent, paraît-il, me tuer !	Je ne sais pas... c'était à la VI[e] section... oui, naturellement, j'avais des hallucinations auditives... (quand la dernière fois ?) Oh, je ne m'en souviens pas, peut-être hier, peut-être avant-hier.	Hier un écureuil marchait dans le corridor... ce matin était chez moi un serpent... je lui ai demandé : qu'y a-t-il de nouveau ? il dit: les œufs ont monté de prix... (qui « il » ?)... le garçon, qui est assis dans la salle.
15. Des visions ?	Chaque homme le voit... différents enfants... des figures de saints.	Oh, monsieur le docteur, que racontez-vous... de telles choses sur le mur... que j'ai à voir... je suis omnisciente, l'omniscience, monsieur le docteur, ne l'écrivez pas, car ce sont des bêtises, des stupidités.	Oui, je vois à présent un perroquet, comme il saute sur la fenêtre... papa m'a dit, qu'il sera autrement... j'ai une connaissance dans la rue Leszcinska...

	Lask(owska)	Zal(ewska)	Sul.(inska)
16. Etes-vous riche ?	D'où ?... parce que riche... l'affaire de mon mari... mon affaire... au sujet de mon mari... on a volé des actes de mon mari et on m'a envoyé dans un couvent religieux et eux-mêmes ils veulent vivre.	Si je suis riche, si j'ai des moyens d'existence ? Si les hommes ne m'ont pas fait de tort, je suis alors une personne aisée... et s'ils m'ont trompé, alors je n'ai pas de moyens d'existenee.	100 zlotys... j'ai un logement...
17. Etes-vous contente ici ?	Pas du tout... il me faudrait me transporter à Varsovie.	De tout le monde ? Non, j'ai beaucoup de griefs contre tout le monde, mais je ne puis pas le dire... j'ai prié de me laisser.	Où ? dans cette chambre ? Il y avait des roses ici, ce serait autre chose...
18. Ne vous ennuyez-vous pas iei ?	Je m'ennuie terriblement... je ne puis au travail... j'ai un autre pain, pas gagné... le pain des épargnes de son argent... du temps de la vie de ma maison de la mère... et ici on m'ordonne de créduler, rendre, car j'ai mes exigenees... à présent j'avais droit à de l'argent considérable... on ne me laissera pas de déterrer mon droit de famille et j'exige de mon droit un jugement nécessaire... c'est-à-dire de la « faillite de 70 et 40 marks mille »... ils pourront prêter serment en témoignage de ces conditions de mon langage.	Monsieur, s'il s'agit de mademoiselle Wroczinska, qui allait en voiture en ville avec son fiancé, qui lui a envoyé des fleurs... (et ensuite racontant ses souvenirs et ne permettant pas de l'interrompre)...	Non, il y a de l'air et il y a iei suffisamment de juives.
19. Qui était Napoléon ?	Roi (roi de quoi ?) du pays français...	Ça c'est moi... on me tient pendant tant de temps dans ma propre tombe... année 1812.	Napoléon ?... avec le grand chapeau noir... il avait un grand chapeau noir... on le représente au théâtre.
20. La capitale de la Franec ?	Je ne sais pas cette circonstance, c'est sorti de ma mémoire.	Lion... Lion, monsieur le docteur... quoique avec la douleur cela va mieux.	En France ? je suis d'Egypte... j'étais assise sur un ressort... au quatrième anniversaire douloureux de mon mari, Dygas II... je te lègue le bureau, un sac de farine et deux harengs.

	Lask(owska)	Zal(ewska)	Sul(inska)
21. La capitale de l'Allemagne?	Berlin.	Dresde, Munich... la capitale de l'Allemagne... oh bien Berlin... c'est donc connu du monde entier... Kieff c'est la capitale de l'Ukraine... Pétersbourg la capitale de la Grande-Russie.	En Allemagne ? Berlin.
22. Où habite le pape ?	A Rome... et qu'il est, eux ils le savent, que le père est auprès de moi, et eux, ils ne veulent être frappés au museau.	Comment ? Comme toujours là, où il habitait...	Chez un perroquet... à Rome... sur le Danube... un canard est posé sur le Danube.
23. Quand est le Nouvel An ?	Le premier janvier.	Chez moi, c'est toujours la nouvelle année... parce que je parle toujours toute la journée... pourtant je me suis fatigué, en parlant ainsi.	Pendant le Nouvel An vient saint Nicolas (la question est répétée)... en juin... deux oranges, deux mandarines et une poire... et avez-vous été, monsieur, au théâtre pour voir les marionnettes ?
24. Le mois le plus court ?	Février... même un sot le sait.	Jannuar, Februar, März... je n'ai pas de raison... je puis seulement danser, je ne sais ni travailler ni penser.	Janvier est le plus court... je crois, que c'est ainsi.
25. Nommer les mois ?	(Elle les nomme correctement).	Je ne sais pas... janvier, février, mars, avril, mai.	(Nomme les mois correctement.)
26. Calculs : 3 × 15.	3 × 15 ?... 55... 45.	45.	Je ne sais pas... d'où puis-je le savoir... 2 × 45... 90... connais-tu la table de multiplication ?... sais-tu écrire en juif ?... en hébreu ?...
2 × 45.	2 × 45 ?... 90... je ne sais pas...	90.	
3 × 90.	160... ce n'est pas cela ?... 260... encore trop peu ? 3 × 90... 260, il me semble.	270.	270.
2 × 270.	2 × 270... 640... ce n'est pas ainsi ? et combien ? 200... 400... 520.	O, Herr Doctor, das wird fünf Hundert vierzig (540).	300... 540... as-tu mangé du chocolat... écris, mon ange, l'église de la Sainte-Croix... écris : Sulinski ne peut pas trouver son chemin à la maison.

En comparant les énonciations susmentionnées de la malade *Sul.*, avec les énonciations des schizophréniques *Lask.* et *Zal.*, nous devons tout d'abord constater, qu'il existe de nombreuses similitudes entre ces groupes d'énonciations.

1. La première remarque des malades à la suite d'une question, qu'on leur a posée, ou d'un mot, qu'on leur a dit, est souvent plus sensée et plus en rapport avec la question ou le mot, que cela n'a lieu dans leurs énonciations ultérieures.

2. De même les réponses, données pendant un état affectif, sont aussi plus sensées.

3. Dans les énonciations des trois malades on remarque des réminiscences au sujet de ce qui leur est arrivé dans un passé éloigné et en général le souvenir des choses et de relations qui les touchent.

4. Dans toutes les trois séries d'énonciations on remarque parfois une tendance à faire des rimes et des vers (*Lask.:* « za to placon czy zdrowie tracon » chez *Zal.*, beaucoup de phrases ont la forme de vers. Chez *Sul.*, aussi : « ducha na kapeluchu », « spiew gitary z mandolinon » « krenconka, wendzonka ».

5. Pour les trois malades se manifeste parfois une prédilection pour un certain mot et une tendance à le répéter. *Lask.*, « on ne me laissera pas me déterrer de mon droit familial, par cela on a arrêté mon jugement de son droit ; et moi de mon droit, j'exige un jugement nécessaire ». *Zal.*, fait preuve d'une prédilection à employer des mots étrangers. *Sul.*, se plaît à répéter les mots : « nécessaire, poankar, déterminer ».

6. Il arrive à toutes les trois malades de faire allusion à leur propre état anormal. *Lask :* « Je parle comme une sotte et eux comme des gens sages », « j'ai besoin d'un hôpital qui me guérisse l'esprit, séparé de la raison ». *Zal :* « Je suis un être intelligent, je ne suis bonne à rien », « à la VI^e^ section j'avais des hallucinations auditives », « je suis omnisciente, ne l'écrivez pas, car ce sont des bêtises ». *Sul.*, à la demande : « est-elle aliénée ? », répond : « oui, j'ai deux échelons cassés dans ma tête... deux cordes se sont rompues dans ma tête ».

7. Trois malades parlent parfois d'une manière cynique, avec un sentiment de pudeur réduit. *Lask :* « ils ne veulent pas être frappés à la gueule ». *Zal.* parle de ses flueurs blanches. *Sul.* parle librement des organes génitaux masculins.

Les similitudes, que nous venons de noter, peuvent être attribuées à différentes raisons. Certaines peuvent découler des pro-

priétés générales et communes de l'âme humaine, telles que : une forte concentration de la pensée et de l'attention immédiatement consécutive à l'action d'un stimulant ou causée par un état affectif ; une tendance à des réminiscences ou à penser aux choses, qui nous touchent ; une prédilection, qu'on remarque souvent chez les hommes pour tel mot, tour de phrase, ou pour des rimes.

Certains autres peuvent être la suite d'une dégénérescence allant de pair avec la psychose (atrophie du sentiment de pudeur et l'emploi d'un langage cynique).

Certaines encore — notamment une vague conscience de son état morbide — peuvent provenir du fait que dans les trois cas la maladie n'est pas trop avancée.

Il existe encore d'autres traits de ressemblance entre les énonciations de la malade *Sul.* et celles des schizophrènes *Lask* et *Zal.*, mais dans ces cas la ressemblance n'est pas totale. Si on examine la chose de près, on remarque que la ressemblance est superficielle et qu'on peut établir des différences sensibles. Au nombre de ces *similitudes apparentes*, qui peuvent nous induire en erreur, il faut classer les ressemblances suivantes :

1. La tendance de *Sul.* à répéter les mêmes mots ; ce qui, comme nous l'avons dit, provient indubitablement d'une certaine prédilection de la malade pour ces mots. Ce fait aurait pu être pris faussement pour un symptôme de stéréotypie.

2. *Sul.* emploie parfois des mots étrangers (der Kuh, déterminer) ou bien des mots bizarres (Schanzenbach, poankar), ce qu'on pourrait prendre pour des néologismes ou pour un symptôme du maniérisme. *Sul.* n'emploie ces mots que rarement, toutefois il faut noter que l'expression « Schanzenbach » paraît ne pas être un néologisme de la malade, mais quelque nom, dont elle se souviendrait. Quant au mot « poankar » il n'y a pas de raison pour ne pas supposer qu'il est dû à quelque ancienne hallucination ou se rapporte à quelque sous-entendu, qui a été déformé à la suite d'associations libres. On ne constate chez *Sul.* aucune autre donnée attestant un trouble ayant le caractère d'une confusion du langage (Sprachverwirtheit) ou de maniérisme, états morbides, auxquels il faut attribuer la formation de mots nouveaux ou la déformation de mots ordinaires par *Lask.* *Sul.* n'est pas sujette au maniérisme, au négativisme et à l'humeur badine hébéphrénique, états qui paraissent être la cause de l'emploi de mots étrangers par *Zal.*

3. Chez *Sul.*, de même que chez les deux autres malades, on

remarque dans le parler une certaine euphorie et son esprit de plaisanterie ; toutefois, chez *Sul.*, cet état est vif et rappelle l'euphorie maniaque, tandis que chez *Lask.* et *Zal.* il a un caractère hébéphrénique.

4. Chez *Sul.*, de même que chez les deux autres malades, on remarque que leur attention est difficilement détournable et que parfois elles parlent comme à faux et comme si elles faisaient preuve de négativisme. Quand on lui demande son nom. *Sul.* donne, au lieu du sien, le nom de son ami ; quand on lui demande si elle entend des voix, *Sul.* répond : « Hier marchait un écureuil » ; à la question : quelle est la capitale de la France, elle dit : « en France ? je suis d'Egypte ». Cependant l'origine et la source de ces réponses de *Sul.* paraissent être différentes de celles des deux autres malades. *Sul.* se trouve dans un état d'obnubilation partielle de la conscience, sous l'empire d'associations libres, ne faisant aucun effort de la pensée, ne saisit pas dûment la teneur de la question ; les phrases et les mots qui lui sont adressés ne pénètrent pas totalement dans son esprit et à la suite de ces faits et non par suite du négativisme elle ne réagit pas nettement quand on s'adresse à elle et continue le cours de ses idées. Elle énonce les idées qui s'imposent à elle à la suite de vagues associations ou de perceptions visuelles. Cette manière de parler ne peut être attribuée chez *Sul.* au négativisme. On arrive à cette conclusion, en constatant que ce que nous avons noté chez elle n'était que des phénomènes sporadiques et très rares. Cette conclusion se base encore sur le fait que, si on lui dit de faire telle chose ou telle autre, on ne remarque aucun négativisme, la malade exécute normalement ce qu'on lui ordonne. Il semblerait que les réponses de *Sul.*, qui ont l'apparence d'être négatives, et son parler à faux sont dus à l'influence d'idées délirantes, d'hallucinations, d'illusions actives ou reproduites, d'une obnubilation partielle de la conscience et d'une désorientation ; elles proviennent aussi, le cas échéant, d'une disposition euphorique avec une tendance à la plaisanterie.

5. On dénote dans les énonciations des trois malades des idées de grandeur (*Lask.:* « Le roi c'était mon mari. » *Zal.:* « Napoléon c'est moi », « je suis omnisciente, l'omniscience ». *Sul.*, dans d'autres occasions, déclare qu'elle est Dieu, la Mère de Dieu, la reine). Les idées de grandeur de *Sul.* se distinguent particulièrement par leur caractère fantastique et absurde. Chez les malades *Lask.* et *Zal.* elles paraissent être des métaphores ou bien un symptôme d'une disposition hébéphrénique à la plaisanterie.

6. Chez la malade *Sul.*, de même que chez les deux autres malades, apparaît de temps en temps comme une orientation double. Toutes elles appellent parfois le médecin « grand papa ». *Sul.* prend quelquefois le médecin pour une connaissance à elle, M. Falkowski, ensuite pour Hérode. Cependant, tandis que chez *Sul.* cette orientation double paraît être réelle et provenir d'une obnubilation de conscience primaire partielle, les malades *Lask.* et *Zal.* s'orientent normalement, et leurs énonciations ayant ce caractère d'une double orientation proviennent ou d'une humeur badine hébéphrénique ou bien d'une disposition à parler, en usant de métaphores.

Outre les différences que nous venons de noter et qu'on remarque dans les particularités en apparence semblables du parler de *Sul.* et de celui de deux autres malades, on peut constater dans le parler de ces deux catégories de malades une série d'autres différences, cette fois-ci totalement nettes et prononcées.

Etant donné que les énonciations des schizophrènes *Lask.* et *Zal.* se distinguent aussi entre elles, il est indispensable de comparer séparément le parler de la malade *Sul.*, que nous examinons, avec le parler de l'une et de l'autre des deux schizophrènes.

Le parler de *Sul.* se distingue du parler de *Lask.* avant tout de la façon suivante : 1. Dans le parler de *Lask.* se manifeste un certain effort intellectuel, une certaine tentative de diriger les associations des pensées ; le parler de *Sul.* dénote par contre des associations totalement vagues, libres, dénuées de tout effort intellectuel, de toute tentative ayant pour but d'influencer le cours des associations.

2. Dans le parler de *Lask.* les différents mots de la phrase sont souvent modifiés et estropiés ou bien ce sont des mots de formation nouvelle ; les propositions sont mal formées ; les termes de la proposition, le sujet, l'attribut, etc., sont souvent disposés d'une manière incorrecte ; le sens, la teneur des mots et des propositions ne sont pas clairs et peu compréhensibles, les notions sont insuffisamment délimitées et définies et ont souvent le caractère de métaphores et de sous-entendus, de manière qu'il est difficile de se rendre compte de ce que veut au fond dire la malade, que contient sa phrase, quelle idée elle exprime ; on constate indubitablement dans les associations le manque de beaucoup de chaînons intermédiaires entre les idées associées et une certaine déviation constante de la ligne du cours des associations.

Par contre, dans le parler de la malade *Sul.*, les mots sont for-

més correctement ; les propositions le sont aussi ; le sens et la teneur des mots et des phrases sont clairs, faciles à comprendre, les notions exprimées par les mots et dans les propositions sont nettement délimitées et définies, les mots et les phrases expriment leur teneur directement, d'une manière concrète, sans métaphores et sans sous-entendus, de sorte qu'il est facile de comprendre ce qui est exprimé dans cette proposition ; dans une association tout à fait vague, n'ayant aucune direction, on ne remarque aucun manque de chaînons intermédiaires de la chaîne des associations et aucune déviation de la ligne des associations. Ainsi le parler de *Sul.*, comme nous le voyons, ne se distingue pas par des traits d'incohérence schizophrénique, traits qui se manifestent à un haut degré dans les énonciations et même dans le langage de *Lask.*

3. L'absurdité dans les énonciations de *Sul.* est autre que celle qu'on observe dans les énonciations de *Lask.* Tandis que chez *Sul.* chaque phrase, formée correctement, a un sens formel et qu'en même temps cette phrase est claire et nette, qu'on sait pertinemment ce que la phrase veut dire, mais que, par contre, le sens matériel fait défaut, c'est-à-dire que la teneur de la phrase par rapport à la réalité est absurde, comme est absurde aussi la teneur d'une série de phrases si on les confronte, chez *Lask.* la phrase elle-même est soit incompréhensible, soit, par suite d'une union incorrecte des éléments de la phrase, formellement absurde. *Sul.* forme ses phrases correctement, tandis que *Lask.* les forme d'une manière incorrecte. Par exemple, quand *Sul.* prend le médecin pour son grand-père depuis longtemps décédé, bien que cela soit en réalité un non-sens, quand même, au point de vue formel, on peut comprendre la phrase qu'elle dit au médecin : « Comment, vous êtes mort depuis longtemps et vivez-vous encore ? »

4. Tandis que *Lask.* pendant la conversation gesticule et s'agite parfois, mais ne manifeste aucune fuite d'idées, abstraction faite d'une certaine dissociation (on remarque même qu'elle s'attache parfois au même sujet, en le traitant seulement d'une manière non appropriée), chez *Sul.* on ne remarque ni gestes, ni mouvements du corps pendant la conversation, par contre l'association des idées chez *Sul.* avec sa rapidité et une cascade d'idées les plus variées, qui se déroulent avec la plus grande facilité, donne l'impression de la présence d'une fuite d'idées.

5. Tandis qu'en ce qui concerne *Lask.* on peut parler du peu de variété des idées associées, de leur pauvreté et de leur monotonie, dont la teneur n'est pas trop fantastique, le parler de *Sul.*

atteste une grande productivité de la pensée, donne la preuve d'une grande variété et d'une richesse d'idées associées et en même temps de leur caractère fantastique et de leur absurdité.

La comparaison que nous venons de faire du parler de *Sul.* et de celui de *Lask.* nous fait constater que, malgré certains traits communs d'une importance moindre, qui se manifestent dans les deux parlers, nous sommes en présence de deux types de parler différents.

Le parler de *Sul.* n'a rien d'un parler schizophrénique : ni incohérence schizophrénique, ni autres symptômes hébéphréno-catatoniques. La richesse et la vivacité des associations, leur caractère fantastique et absurde et aussi l'absence d'un effort mental, qui pourrait exercer une influence sur les associations, paraissent être les traits caractéristiques principaux de ce parler. Ces traits du parler de *Sul.*, qui s'imposent généralement quand on observe ce parler, semblent provenir de certaines particularités et altérations que nous venons de mentionner et qui se trouvent à la base même de la structure psychique de la malade. Ces particularités et altérations découlent notamment :

1. d'une orientation insuffisante et d'une obnubilation de la conscience ;
2. d'hallucinations actuelles et reproduites et d'illusions sensorielles, ainsi que d'idées délirantes qui se forment sur leur base ;
3. d'un manque d'aptitude à fournir quelque effort intellectuel et à diriger ses pensées ;
4. enfin de la faculté de perception qu'elle a conservée, et également d'une légère fuite d'idées.

On peut comparer le parler de *Sul.* aux rêves des personnes endormies. Comme cela a lieu dans les rêves pendant le sommeil, dans le parler de *Sul.* il n'y a pas de démarcation entre la réalité et le monde irréel, le monde de la fantaisie, monde dans lequel *Sul.* est tant soit peu plongée, à la suite d'une obnubilation partielle de la conscience, d'hallucinations et d'illusions sensorielles immédiates ou antérieures et réitérées.

Les traits décrits du parler de *Sul.* sont très proches du type des associations d'idées, se manifestant dans les états délirants aigus, et se distinguent de celui-ci par une absence d'excitation psychomotrice, ainsi que par le manque d'une obnubilation complète de la conscience et des nombreuses hallucinations et illusions sensorielles, apparaissant dans les états délirants aigus. Ces différences sont plutôt des différences quantitatives. Par suite, le type d'associations d'idées de la malade *Sul.* paraît

n'être qu'une forme plus faible de la confusion des pensées, qui apparaît dans les délires aigus (traumhafte Virwirtheit de Kræpelin).

Il est plus difficile d'établir la différence qui existe entre le parler de la malade *Sul.* et celui de la seconde schizophrène *Zal.* avant tout à la suite du fait qu'on ne trouve pas chez *Zal.* de trouble du langage (confusion du langage), par lequel la première schizophrène *Lask.* se distingue si nettement de la malade *Sul.*

Outre les différences que nous avons notées, en parlant des traits, en apparence communs, au parler de nos trois malades, il faut prendre en considération encore les différences suivantes qui existent entre les énonciations de *Sul.* et celles de la malade *Zal. :* 1. le parler de *Sul.* ne contient pas plusieurs symptômes schizophréniques, qui caractérisent les énonciations de *Zal.,* notamment on ne constate pas de dissociation de la pensée, l'omission de chaînons intermédiaires entre les idées associées, l'emploi dans le langage de métaphores et de sous-entendus, une façon insuffisamment claire et concrète de formuler les idées, ni l'esprit d'opposition et l'attitude négativiste vis-à-vis de l'interlocuteur, ni la disposition hébéphrénique à la plaisanterie ou des traits de maniérisme.

2. La richesse, la variété, le caractère fantastique et simultanément concret de l'association des idées, tous ces traits qui caractérisent le parler de *Sul.,* en même temps que le manque d'un effort intellectuel quelconque et le maintien de la faculté de perception, distinguent nettement ce parler de celui de *Zal.,* dont la variété des associations est moindre et la faculté de perception affaiblie, mais dont l'effort intellectuel, qui influence la direction des associations, est plus considérable.

La forme typique des associations d'idées, qui a été illustrée par des exemples, donnés plus haut, de la manière de parler de *Sul.,* a quelquefois une expression bien plus faible et dans ce cas il est moins facile de la définir.

Voici maintenant un exemple d'une forme typique d'associations d'idées, qui est la même que celle de *Sul.,* mais qui a une expression plus atténuée :

Stry., 35 ans, non mariée, institutrice ; sa sœur est atteinte d'aliénation mentale. Elle est malade, elle-même, depuis 5 ans. Entre elle et la malade *Sul.* existe une affinité nosologique. Elle se distingue de *Sul.* par une moindre obnubilation de conscience et d'orientation, ce n'est que sporadiquement qu'elle est sujette à une légère obnubilation de

conscience et qu'on remarque chez elle un certain effort mental et une tendance à diriger les associations de ses pensées. Les mêmes mots de la table de Kræpelin vont nous servir à comparer l'état des associations d'idées :

Etre couché.	Dormir... se reposer.
Fleur.	Tulipe... ce vieux docteur m'a encore amené un père.
Balle.	Jouet d'enfant.
Large.	Je ne comprends pas, de quoi il s'agit... Le plus large.
Confier.	Garantir, prier au sujet de quelqu'un.
Roi.	Le roi est le propriétaire de l'état.
Table.	La table est quelquefois inégale.
Lion.	Le roi des animaux. Je préfère un tigre bien que je ne sois pas une tigresse.
Bien portant.	Un homme bien portant, heureux.
Pardonner.	Mais quand on ne le peut pas ? Que peut-on pardonner aujourd'hui à quelqu'un ?
Profond.	Je ne sais, à quoi, monsieur le docteur, vous pensez... un fossé, par exemple.
Garçon.	Un homme, auquel on peut tenir compagnie.
Tempête.	En ce moment ma tempête c'est Magdeband (la malade voisine).
Chambre.	Lieu de repos.
Le membre.	
Avoir espoir.	C'est quelque chose de vert... ma robe de chambre rouge.
Pied.	Le pied est actuellement une chose à moi, qui me fait très mal.
Noir.	Pas blanc.
Cordon.	Il y en a beaucoup comme dans des filets.
Dormir.	Ah ! c'est le plus grand bonheur... je prie d'écrire : la pèlerine est à moi, le directeur veut être trop malin.
Femme.	Une personne de mœurs modestes.
Blanc.	Couleur.
Souci.	Cela, c'est quelque chose d'autre.
Doux.	Cette cochonne de Prylówna a volé les bonbons.
Couteau.	Instrument... Wolska (une infirmière) m'a frappé à la tête... il faut battre la criminelle.
Refuser.	Réciter quoi ? le patenôtre, l'office divin.
Droit.	La science.
Sauter.	C'est sauter, courir.
Diable.	Je ne le sais, quelque homme qu'on trouve méchant, le cerbère de l'enfer.

Analyse des associations dans les réponses aux questions posées :

Prénom et nom ?	Sofie Stry...
Profession ?	Employée de bureau et je donnais des répétitions... j'ai beaucoup voyagé.
Non mariée ?	Non mariée.
Quel âge ?	Actuellement, s'il vous plaît, il me semble 30-32 ans.
Quelle année êtes-vous née ?	En 97.
Où logez-vous ?	Rue Koscielna, 4, Ostrow en Poznanie (ville).
Quelle année sommes-nous ?	Trente et un ou trente-deux. Je ne me souviens pas.
Mois ?	Je ne sais pas, quel mois... Comme en juin il fait chaud... J'ai demandé la pastèque de cette sœur, qui dit qu'elle est Wladislawa... ce docteur noir c'est une connaissance.
Jour ?	Je ne sais pas bien... je ne sais pas... C'est à cause d'une faible nutrition... sans trop de travail.
Avez-vous été mentalement malade ?	Non jamais... si je pouvais obtenir du savon... que ce Thadée m'a pris de la main... si au moins quelqu'un me prenait le sang... le docteur lui-même a dit, que j'étais tout bonnement dans l'histoire.
Quelqu'un de votre famille avait-il une maladie nerveuse ou mentale ?	Personne, s'il vous plaît, Monsieur... peut-être mon frère un peu... il est allé se coucher. Peut-être un peu Hélène... une jeune fille. Monsieur le Docteur, vous êtes un jeune homme... je n'avais jamais l'intention de me tuer... on m'a nommé Docteur Dajkowski... je prie de faire partir cette bête Kowalska... que mon frère se couche... il court tant sur ce pavé... M. le Docteur est un homme doué... je ne voulais recouvrir ni des robes, ni des pantoufles en soie de ma jeune fille anormale... comme Prylówna (une autre malade) m'a frappée à la tête, je ne puis pas être aliénée et malgré cela je hais mademoiselle Roman... il est de bonne compagnie... J'ai eu des pierres dans l'urine... j'aime l'effrayante personne Hedwige Murrynowska... ma maman est une personne naïve comme cette petite... pensez-vous que des œufs à la coque c'est normal... on a laissé aller tous mes fiancés vers cette jeune fille...

Où êtes-vous actuellement ?	Ici sur le lit... Maison ? Une maison de travail, de passage...
Quelle est cette maison ?	Quelle maison est-ce ? Demandez-le à M. Czerniawski... un homme très élégant.
Quelles personnes vous entourent ?	Je ne le sais pas... que Monsieur se renseigne...
Depuis combien de temps êtes-vous ici ?	Assez, monsieur, vous me déplaisez beaucoup... j'ai dit cela à la nonne.
Est-ce que ce n'est pas un hôpital ?	Un hôpital... c'est ainsi, vous savez, d'ailleurs, que je ne serais pas couchée sur un tel lit... j'avais beaucoup de robes...
Pourquoi vous trouvez-vous ici ?	Parce que ma mère a des cheveux noirs... une femme simple... ne m'adressez pas la parole... on ne parle pas de cette personne, une personne criminelle... Cette blanche colombe (la sœur de charité) n'est pas bonne aussi et cette fille (elle indique une autre malade) c'est une gentille juive... Il s'agissait ici que personne ne sorte de la poudre...
Que désirez-vous, vivre ou mourir ?	Oh, Monsieur, je désire, que vous soyez, monsieur le docteur, plus savant... vous passez les examens du baccalauréat... j'ai lu cette lettre, pour que Leszek étudie... le docteur lui-même a préparé ce dîner.
Est-ce bien ici ?	Bien, très bien.
Dormez-vous bien ?	Oui, mais on ne me laisse pas dormir... on passe et on ne me laisse pas... et qu'une autre femme aime le chocolat, comme Marie Pryl... j'ai demandé, qu'on me couvre.
Des frayeurs ?	Je n'en ai pas, Monsieur, vous vous êtes trompé à mon sujet.
Quelque chose vous apparaît-il ?	Non, Monsieur, jamais... Seulement, quand j'étais à la maison à Sokolniki... j'avais 9 ans... je n'aime pas Iza Strojnowska... ni mon nez, ni mes pieds ne sont malades... je suis malade à cause de cette Iza Stroj.
Avez-vous des griefs contre quelqu'un ?	Des griefs ? Enormément, on ne peut le décrire, même contre vous, Monsieur le Docteur... cela ne me plaît pas... Vous marchez toujours autour de moi... j'ai même vu un œuf de Pâques chez vous sur la scène... Cette demoiselle (elle montre l'infirmière) ne me plaît pas aussi.
Quelqu'un vous persécute-t-il ?	En ce moment, Monsieur le Docteur... j'étais l'institutrice, je voyageais beaucoup... Mon-

	sieur le Docteur, vous me rappelez mon père. Ceci c'est (elle montre l'infirmière) Mme Zielinska, seulement elle a mis inutilement ce corset...
Etes-vous mentalement malade ?	Non, Monsieur, je n'ai pas de rides si grandes sur le front... c'était mon chien... à cause de cela je n'ai pas été mentalement malade... demandez au docteur.
La capitale de la Pologne ?	Varsovie.
La capitale de la France ?	Paris.
La capitale de l'Allemagne ?	Magdebourg... c'est pas trop, même les Allemands ne le voulaient pas.
Qui était Napoléon ?	Monsieur le docteur Prengowski.
Le commencement de la guerre mondiale ?	En l'année 1914.
Quand est le Nouvel An ?	Le premier décembre... le 12 janvier.
Les mois ?	Janvier, février, mars et ainsi de suite... je suis trop faible.
Le mois le plus court ?	Février, c'est alors justement que je suis née... pas le 20, seulement le 12 février.
3 × 15 ?	45.
2 × 45 ?	90.
3 × 90 ?	134. Dieu veuille, que ce soit *amen,* Monsieur, allez plus loin... regardez dans les logarithmes, on pourra faire le calcul, et celle-ci (elle montre l'infirmière) ne me plaît pas.

Les réponses de la malade *Stry.,* que nous venons de citer, se distinguent de celles de *Sul.* surtout de deux manières :

1. Elles ne dénotent pas un caractère aussi fantasque et ni une aussi grande absurdité qui donnaient au parler de *Sul.* une ressemblance avec les rêves des personnes endormies et semblent provenir, comme j'en ai fait la remarque, d'un degré considérable d'obnubilation de la conscience, obnubilation qu'on ne trouve presque pas chez *Stry.*

2. *Stry* fait preuve dans ses réponses d'un effort mental nettement visible et donne dans une certaine mesure une direction à ses associations, qui ne sont pas aussi complètement vagues et libres que celles de *Sul.,* chez laquelle on ne parvient pas à constater aucun effort mental.

On peut toutefois établir une affinité entre le parler de *Stry.* et celui de *Sul.* On remarque en effet chez *Stry.*, bien qu'à un degré plus faible, le caractère fantastique des associations, une rapidité nettement accrue du cours des idées, malgré un effort visible, tendant à guider le cours de ses idées, une variété et une richesse considérables des idées associées, une expression d'idées claire et sans métaphores, une faculté de perception maintenue, une manière naturelle et correcte de s'exprimer et de former les phrases, parallèlement à un vif reflet du sentiment, qui pénètre le langage.

Ainsi les deux manières de parler des malades *Sul.* et *Stry.* appartiennent au même type d'association d'idées, mais constituent, au point de vue du degré, deux formes différentes de ce type.

Une comparaison du parler de la malade *Stry.* avec celui de la malade *Lask.*, c'est-à-dire avec un parler d'une incohérence schizophrénique bien plus accentuée et avec la confusion du langage, nous permet d'établir aisément une distinction entre ces deux groupes d'associations d'idées. Cette distinction repose en principe sur les mêmes bases qui ont servi à établir une différence entre les énonciations de la malade *Sul.* et celles de la schizophrène *Lask.*, — en prenant naturellement en considération tout d'abord les différences quantitatives qui existent entre les énonciations de *Sul.* et de *Stry.* Nous notons donc que chez *Stry.*, comme chez *Sul.*, il n'y a surtout pas de symptômes schizophréniques qui indiqueraient une dissociation de la pensée ou bien du langage, comme on le remarque dans le parler de *Lask.*

Les associations chez *Stry.*, bien qu'à un degré plus faible que chez *Sul.*, sont toutefois beaucoup plus riches et beaucoup plus variées que les associations chez *Lask.* En plus les idées associées de *Stry.* sont beaucoup plus claires et explicites et ont en plus une coloration émotive beaucoup plus vive qu'on ne le remarque chez *Lask.*

Il est beaucoup plus difficile — on se demande même s'il est possible de le faire d'une manière sûre et exacte — d'établir une distinction entre le parler de *Stry.* et celui de la seconde schizophrène *Zal.*, dont le parler possède un faible degré d'incohérence schizophrénique, non accompagnée d'un trouble du langage. Seulement une analyse minutieuse peut mettre en évidence, avec un certain degré de vraisemblance, dans ces formes, faiblement prononcées, la plupart des mêmes différences qu'on remarque dans le parler de *Sul.* et de *Lask.*, ces deux malades, chez qui les troubles d'association sont les plus distincts.

Pour établir exactement et d'une manière sûre le caractère d'un trouble donné des associations d'idées, quand il se manifeste à un faible degré, il faut prendre en considération en outre : 1. toute la conduite des malades, dans laquelle on réussira peut-être à constater la présence ou l'absence de troubles psychiques influençant les associations, par exemple du négativisme, des troubles sensoriels, etc, (il faut y recourir surtout, quand il est difficile de se faire une idée à ce sujet sur la seule base du parler) et 2. les périodes (si de telles périodes existent). où l'état morbide s'aggrave et prend une forme plus aiguë, car alors le parler et les associations décèlent au plus haut degré leurs particularités qui de ce fait sont plus facilement mises en relief.

Dans la publication (1) où j'ai décrit le cours de la maladie de *Sul.*, j'ai donné aussi la description d'une autre malade (*Rad.*) dont la psychose était analogue à celle de *Sul.* Cette description contient de même un aperçu de ses associations. Ces associations de la malade *Rad.* présentent probablement le degré le plus faible du type décrit des troubles d'associations des idées.

La conversation de *Rad.* est tout à fait normale. *Rad.* ne s'éloigne pas du sens des questions qu'on lui pose et l'association des idées pendant la conversation est correcte, toutefois les réponses de *Rad.* contiennent entre autre la répercussion d'hallucinations sensorielles, par lesquelles elle a passé autrefois, sans pouvoir les corriger et aussi d'idées délirantes qui sont nées de ces hallucinations. Ce qui subsiste de ses hallucinations et de ses idées délirantes, donne un caractère fantastique et absurde à ses réponses.

Les associations des idées des malades *Sul.*, *Stry* et *Rad.* sont trois formes du même type d'associations altérées d'une gravité décroissante. Ce type d'associations, comme je l'ai dit au début, paraît avoir une grande similitude avec les associations anormales des états délirants aigus qui paraissent en constituer le degré le plus haut.

Deux considérations parlent en faveur de ce rapprochement psychopathologique. 1. Il existe une ressemblance entre les associations que nous venons de décrire (cette ressemblance est surtout nettement visible dans les troubles forts, qu'on remarque chez la malade *Sul.*) et celles qui se manifestent pendant les états délirants aigus. Chez les malades *Sul. Stry.* et *Rad.*, de même que dans les états délirants aigus, outre le manque de traits schizo-

(1) *L'Encéphale. Ibidem* (Observation I).

phréniques, se manifestent, bien qu'à des degrés différents, la vivacité, la variété et la richesse des associations, avec un élément, plus ou moins prononcé de fuite des idées, fréquemment une obnubilation de la conscience plus ou moins accentuée et aussi une plus ou moins grande quantité de troubles sensoriels et d'idées délirantes par quoi ces associations revêtent un caractère plus ou moins irréel.

2. La psychose, à laquelle appartiennent les malades décrites *Sul.*, *Stry.* et *Rad.*, si son début est aigu et violent, donne souvent des états délirants aigus, après la disparition desquels se maintient un des états aigus, que nous avons décrits plus haut, avec des troubles de l'association des idées respectivement moins accentués. En effet, il a été constaté chez la malade *Rad.*, qu'elle a passé au commencement de sa maladie par un état délirant aigu. Quant à la malade *Stry.*, elle s'est trouvée, quelques mois avant l'examen mentionné, dans un état assez proche de celui de la malade *Sul.*, avec des troubles d'associations pareils à ceux de *Sul.*

Le fait, que le type mentionné des troubles d'associations, surtout des formes de ces troubles, qui se manifestent chez les malades *Sul.*, *Stry.* et *Rad.*, diffère des associations dites schizophréniques, est en accord avec la constatation, que j'ai faite ailleurs (1), que les affections psychiques, au nombre desquelles il faut placer les maladies des trois patientes susmentionnées, n'appartiennent pas au groupe désigné sous le nom de démence précoce, du moins au type de cette maladie telle que l'a décrite et envisagée Kræpelin.

⁂

En résumé, de ce qui précède on peut conclure : l'étude habituelle des processus de la pensée, et surtout du cours des idées, chez les aliénés est défectueuse au point de vue méthodologique, étant donné qu'on ne prend pas suffisamment en considération la description et la classification de différentes formes d'énonciations altérées qu'on trouve chez les malades. Outre les formes typiques, de la fuite des idées et de l'incohérence schizophrénique, l'observation psychiatrique nous donne une série de formes d'énonciations incorrectes, énonciations qui sont conditionnées par les différents degrés de deux facteurs mentionnés,

(1) PRENGOWSKI. — 1) *Un groupe particulier des maladies psychiques fonctionnelles*, 1927. Paris, Félix Alacan ; 2) *Allegemeine Ztschr. f. Psychiatrie*. Vol. LXXXVI, fasc. 6-8, 1927.

soit par ces deux facteurs unis et combinés entre eux, soit par leurs différentes combinaisons avec d'autres facteurs, comme par exemple un plus grand ou moindre trouble de la conscience et de l'orientation, une présence ou une absence d'un nombre plus grand ou moindre des troubles sensoriels et des idées délirantes, l'absence ou la présence d'une certaine activité de l'attention, etc. Dans la grande masse de ces formes combinées d'énonciations altérées des aliénés on peut distinguer un type d'associations, dont les variétés et les formes spéciales changent suivant l'intensité. Le degré le plus fort de ce type correspond aux troubles d'associations dans les états délirants aigus ; le degré le plus faible c'est celui par exemple, chez la malade *Rad.*, formellement normal et contenant seulement des éléments irréels d'origine hallucinatoire et délirante. Quant aux chaînons intermédiaires, ce sont les associations de malades comme *Sül.* et *Stry.*, qui ont des degrés différents d'obnubilation de la conscience et de désorientation, d'excitation psychomotrice, de troubles sensoriels et d'idées délirantes, et aussi de troubles de l'attention.

ACTION DU VACCIN ANTIRABIQUE PASTORIEN SUR LES ACCÈS ÉPILEPTIFORMES LES PSYCHOSES HÉBÉPHRÉNO-CATATONIQUES ET LES ÉTATS PARKINSONIENS

PAR

L. CRUVEILHIER, A. BARBÉ et S. NICOLAU

Nous avons obtenu d'heureux effets par l'emploi du vaccin antirabique Pastorien au cours de certaines algies (1). Nous avons constaté, d'autre part, que la vaccination antirabique augmente l'élaboration des anticorps, en particulier celle des agglutinines (2) et des hémolysines (3).

Nous avons observé, en outre, dans le système nerveux de lapins vaccinés contre la rage, des réactions spéciales indiquant une hyperactivité des éléments cytologiques du système nerveux, ainsi qu'une augmentation et une mobilisation de ses éléments de défense (4).

Devant ces résultats et ces observations, nous avons pensé être en droit d'essayer l'action du vaccin antirabique pastorien sur des accès épileptiformes, des psychoses hébéphréno-catatoniques, et des états parkinsoniens.

Nous avons traité 17 malades atteints d'accès épileptiformes, 9 malades accusant des symptômes de psychoses hébéphréno-catatoniques, et 6 malades atteints de maladie de Parkinson. Ce sont leurs observations que nous relatons ci-dessous. Nos mala-

(1) L. CRUVEILHIER, J. HAGUENAU, S. NICOLAU et J. VIALA. — *Revue de Neurologie*, janvier 1932.

(2) L. CRUVEILHIER, S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA. — *C. R. Soc. de Biol.*, t. 107, p. 212.

(3) S. NICOLAU, L. CRUVEILHIER et L. KOPCIOWSKA. — *C. R. Soc. de Biol.*, t. 110, p. 533.

(4) S. NICOLAU, L. CRUVEILHIER et L. KOPCIOWSKA. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1931, t. 108, pp. 871 et 937.

des ont été soumis au même traitement que suivent, à l'Institut Pasteur, les personnes mordues. Ils ont reçu, de ce fait, 15 à 20 injections sous la peau du ventre.

Les observations seront très résumées. A la fin de chacun de ces chapitres, nous envisagerons les conclusions qu'il convient d'en tirer.

I. — Accès épileptiformes

Nous avons préféré employer le terme d' « accès épileptiformes » plutôt que celui d' « épilepsie », de façon à bien montrer que nous avions simplement en vue le traitement du symptôme, quelle qu'en fût la cause. Dans ces observations (très résumées, comme nous l'avons dit plus haut), nous avons surtout mis en relief le temps écoulé entre la date des premiers accès et le début du traitement. Voici maintenant quelques notes sur les dix-sept cas traités.

Observation I. — Rich..., 12 ans, est amené en consultation le 25 août 1930 pour des accès fréquents. (Deux par jour en moyenne) et qui sont apparus neuf mois auparavant, sous l'influence probable de vers intestinaux.

Il reçoit, du 15 avril au 1er mai 1931, dix-sept injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne paraît pas, en lui-même, donner des résultats. Cependant, il semble que les accès, tout en étant aussi fréquents, aient été moins longs et moins violents.

Observation II. — Gas..., 15 ans, a présenté à l'âge de six ans et demi, à la suite d'une rougeole, des accès fréquents qui ont disparu peu de temps après, pendant un mois, au cours d'une scarlatine, mais ont réapparu à la fin de celle-ci et n'ont pas cessé depuis près de neuf ans, et avec une fréquence de quatre à cinq par vingt-quatre heures, s'accompagnant de troubles de caractère. Les réactions humorales sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Elle reçoit du 15 avril au 1er mai 1931 seize injections de vaccin antirabique ; ce traitement ne donne aucun résultat.

Observation III. — Mon..., 26 ans, vient consulter en avril 1931 pour des accès et des équivalents psychiques avec automatisme ambulatoire, qui auraient débutés un an auparavant, sans cause connue, et ne s'accompagnant d'aucune réaction humorale du sang et du liquide céphalo-rachidien. Elle reçoit, du 15 avril au 1er mai 1931, dix-sept injections de vaccin antirabique : il semble, à partir de la quatorzième injection, que les vertiges aient tendance à être moins fréquents et plus espacés ; le caractère serait plus égal.

Malheureusement cette amélioration n'est que passagère et les troubles antérieurs reparaissent avec autant de fréquence et d'intensité.

Observation IV. — Nie..., 36 ans, présente depuis l'âge de quatorze ans, des accès typiques de fréquence variable. Examen humoral du sang négatif. Il reçoit du 19 avril au 18 mai 1931 dix-huit injections de vaccin antirabique. Cette médication ne donne aucun résultat.

Observation V. — Las..., 53 ans, vient consulter, en janvier 1931, pour des crises convulsives typiques, apparaissant tous les trois mois environ et dont le début remonte à 18 mois ; le taux d'urée sanguine est normal ; le sang et le liquide céphalo-rachidien ne présentent aucune modification, sauf une légère glycorachie (0,85). Il reçoit du 29 avril au 18 mai 1931 dix-neuf injections de vaccin antirabique. Le traitement ne donne qu'une amélioration passagère, les vertiges et la céphalée sont moins intenses ; mais les accès reviennent et se répètent aux mêmes intervalles.

Observation VI. — Car..., 14 ans 1/2, a présenté, depuis juillet 1930, des absences fréquentes et irrégulières ; les accès, typiques, sont apparus en janvier 1931, d'abord assez espacés, puis à la fréquence moyenne de un par semaine ; il semble que l'on puisse incriminer les vers intestinaux. Il reçoit, du 5 au 23 mai 1931, seize injections de vaccin antirabique. Ce traitement paraît avoir une influence relativement favorable sur l'intensité des crises et la céphalée consécutive à celles-ci est presque disparue, mais la fréquence des accès est aussi grande.

Observation VII. — Lét..., 15 ans, présente depuis l'âge de neuf ans des accès typiques, de cause indéterminée, et qui se répètent tous les deux à trois mois environ ; l'examen du sang donne des résultats négatifs. Il reçoit, du 13 au 29 mai 1931, dix-sept injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne provoque aucun malaise, mais occasionne quelques épistaxis ; les accès ne sont nullement influencés par la vaccination.

Observation VIII. — Dub..., 48 ans, présente depuis l'âge de quinze ans des accès apparus au moment de la puberté ; ces accès, qui sont typiques, apparaissent surtout après les règles et avec une fréquence variable, puisqu'elle en a parfois jusqu'à deux par jour et qu'elle peut rester jusqu'à quinze jours sans en présenter. Elle reçoit, du 16 mai au 4 juin 1931 vingt injections de vaccin antirabique. Si les accès ont tendance à se raréfier, ce qui est difficilement appréciable, du fait de leur apparition extrêmement variable, par contre, la malade présente avec une égale fréquence des vertiges, des étourdissements et des équivalents.

Observation IX. — And..., 26 ans, présente depuis l'âge de cinq ans des accès convulsifs de caractère bravais-jacksonnien. En dehors des accès, qui atteignent le côté droit, cette malade, qui est une débile intellectuelle, présente des vertiges et des absences. La spécificité héréditaire, que l'on décèle par les stigmates et les réactions humorales positives du liquide céphalo-rachidien, a été traitée par les médications antisyphilitiques usuelles, mais les accès ne paraissent pas avoir été favorablement influencés par l'arsenic et le mercure.

Elle reçoit, du 28 mai au 17 juin 1931, dix-neuf injections de vaccin antirabique. Les accès paraissent moins violents, mais ils ne sont nullement espacés.

Observation X. — Jol..., 30 ans, présente, depuis l'âge de quatre ans, des crises convulsives avec chute et perte de connaissance ; mais elle se plaint surtout d'absences fréquentes et courtes qui apparaissent à toute heure du jour. L'étiologie de ces accidents est obscure. Elle reçoit, du 28 mai au 18 juin 1931, dix-sept injections de vaccin antirabique, sans aucun résultat.

Observation XI. — Péa..., 9 ans 1/2, présente depuis l'âge de six ans des vertiges d'apparence comitiale et qui, si l'on en juge par l'examen du sang, sont peut-être d'origine hérédo-syphilitique (le Bordet-Wassermann est négatif, mais le Hecht est positif). Une première série de dix-sept injections de vaccin antirabique est pratiquée du 1er au 17 juin 1931, puis on fait une seconde série de onze injections du 1er au 11 juillet 1931. Le traitement ne donne aucun résultat.

Observation XII. — Hou..., 22 ans, présente depuis l'âge de huit ans, des crises comitiales irrégulièrement espacées, mais qui apparaissent environ cinquante fois par an. Il reçoit du 3 au 18 juin 1931, quinze injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne paraît pas avoir eu d'influence ni sur la fréquence, ni sur l'intensité des accès.

Observation XIII. — Cla..., 30 ans, aurait eu à l'âge de huit ans, une méningite cérébro-spinale, à la suite de laquelle elle présente des accès épileptiformes. Les accès ont une fréquence variable ; la malade en a, en moyenne, un par mois ; il ne semble pas qu'il y ait des équivalents. Elle reçoit, du 2 au 20 juin 1931, dix-sept injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne donne aucun résultat et les accès continuent avec la même cadence et la même intensité.

Observation XIV. — Fri..., sept ans, présente depuis plusieurs années des accès convulsifs et surtout des vertiges extrêmement fréquents, puisqu'il en a plus de dix par jour en moyenne. Ces vertiges ont une influence fâcheuse sur son développement intellectuel ; l'enfant devient lent, distrait, coléreux et même brutal. Il

reçoit, du 15 juin au 2 juillet 1931, dix-sept injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne donne aucun résultat et il semble même, au dire de la mère, que les vertiges soient plus fréquents.

Observation XV. — Ton..., vingt-cinq ans, a commencé à présenter des crises de caractère comitial à l'âge de seize ans, au moment de sa formation. Les accès, qui ne survenaient que deux à trois fois par an au début, sont devenus par la suite plus fréquents et apparaissent presque chaque mois, surtout au moment des règles. Elle reçoit, du 20 juin au 9 juillet 1931, quinze injections de vaccin antirabique. Ce traitement n'a aucune influence ni sur la fréquence, ni sur l'intensité des accès.

Observation XVI. — Bar..., 12 ans, a présenté à l'âge de 6 ans, des crises convulsives consécutives à une morsure par un chien : on note des troubles de caractère, des perversions instinctives : cruautés envers les animaux, pyromanie, brutalités à l'égard de sa grand'mère (impotente et aveugle). Il reçoit, du 6 au 23 avril 1932, dix-huit injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne paraît pas donner, au début, des résultats appréciables et les accès sont aussi fréquents et aussi intenses jusqu'à la cinquième injection, mais à partir de la septième, le caractère se modifie, en même temps que les accès se raréfient : c'est ainsi qu'il n'en a plus eu que deux en mai 1932, alors qu'auparavant il en avait une moyenne de quatre à cinq par jour. On fait alors une seconde série de dix-huit injections de vaccin antirabique, du 20 mai au 10 juin 1932, ce qui porte le total des injections au chiffre de trente-six. Malgré nos demandes réitérées, cet enfant n'a pas été revu depuis, mais il est extrêmement probable que si les accès étaient réapparus, le petit malade nous aurait été amené à nouveau.

Observation XVII. — Dav..., 15 ans, présente depuis l'âge de huit ans, à la suite d'une néphrite scarlatineuse, des accidents convulsifs typiques. Elle reçoit, du 12 au 23 août 1932, douze injections de vaccin antirabique qui ne donnent aucun résultat.

Parmi nos 17 malades, il en *six* chez lesquels, à la suite de la vaccination antirabique, nous avons observé une *amélioration passagère*, il est vrai, soit que les accès semblent avoir eu tendance à se raréfier, tout en conservant leur intensité (observation VIII), soit que les accès, bien que restant aussi fréquents, deviennent moins longs et moins violents (observations I, VI et IX), soit encore qu'on observe une moins grande fréquence des vertiges, une moins grande intensité de la céphalée qui, chez un de nos malades, semble avoir presque disparu et un meilleur équilibre dans le caractère (observations III, V et VI). Il est à

noter que chez deux des six malades, les vers intestinaux ont été incriminés à l'origine des crises épileptiformes.

Il est un *sepiième* malade, celui qui a fait l'objet de l'observation XVI, chez lequel l'amélioration paraît plus manifeste, tant en ce qui concerne l'importance et le nombre des crises, qu'en ce qui a trait à l'état mental. Or, le point de départ des accès épileptiformes chez le malade dont il s'agit semble avoir été une morsure de chien.

Les *dix* autres malades que nous avons traités avec le vaccin antirabique Pastorien ne semblent avoir retiré *aucun bénéfice* méritant d'être signalé de cette thérapeutique. (Observations II, IV, VII, X, XI, XII, XIII, XIV, XV et XVII).

II. — Psychoses hébéphréno-catatoniques

C'est à l'obligeance de M. le Dr Vurpas (que nous tenons à remercier ici), que nous devons d'avoir pu essayer la vaccination antirabique dans cette sorte d'affection mentale, sur neuf malades de son service. Ici encore, les observations seront succinctement résumées : dès à présent, nous pouvons dire qu'il s'agissait de cas typiques et indiscutables, dont le début était plus ou moins ancien.

Observation I. — Mor..., 22 ans, présente des périodes de mutisme, des hallucinations auditives, des grimaces, de l'indifférence, une tendance à conserver les attitudes, des gestes stéréotypés, de la suggestibilité, de la négligence dans sa tenue, de la flexibilité cireuse, parfois du rire sans motif. Par contre, elle fait parfois des réponses justes et sa mémoire semble parfaite. Elle reçoit du 15 avril au 4 mai 1931, dix-sept injections de vaccin antirabique. L'amélioration constatée vers la quinzième injection ne se maintient pas, les troubles mentaux s'aggravent et l'on est obligé de placer la malade.

Observation II. — Hil..., 27 ans, présente des symptômes légers de catatonie. Elle reçoit du 17 avril au 4 mai 1931, seize injections de vaccin antirabique. Il semble qu'il y ait une certaine amélioration à la suite de ce traitement, mais on ne peut rien affirmer au sujet du maintien de cette amélioration, car la malade est perdue de vue.

Observation III. — Fin..., 26 ans, est une hébéphrénique présentant de la discordance, du maniérisme, des périodes d'excitation, des idées d'influence, avec érotisme, des accès de violence. Elle reçoit, du 12 mai au 3 juin 1931, dix-huit injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne donne aucun résultat.

Observation IV. — Dut..., 24 ans, présente des périodes d'excitation avec tendance aux fugues, du maniérisme, des rires, des troubles psycho-sensoriels probables et des périodes de réticence. Elle reçoit du 12 mai au 3 juin 1931 dix-huit injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne donne aucun résultat et l'état mental demeure le même.

Observation V. — Dor..., 32 ans, présente de l'affaiblissement intellectuel avec maniérisme, suggestibilité, tendance aux stéréotypies, indifférence, soliloques, isolement, inactivité, absence d'initiative, colères puériles, parole lente. Elle reçoit, du 16 mai au 3 juin 1931, dix-huit injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne paraît pas avoir donné un résultat bien probant, car il semblait y avoir une rémission dès avant les injections de vaccin.

Observation VI. — Jou..., 37 ans, présente de l'obnubilation intellectuelle avec inertie, mutisme, refus partiel d'aliments, hallucinations auditives, illusions, idées vagues de persécution, maniérisme, violences par intervalles, rires immotivés. Elle reçoit, du 12 mai au 3 juin 1931, dix-huit injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne donne aucun résultat.

Observation VII. — Rob..., 21 ans, a de la fuite des idées, du maniérisme, du désordre des actes, des hallucinations auditives, des périodes d'excitations avec tendance aux fugues et aux violences ; elle est réticente, elle a des pleurs en aparté, de la lenteur de l'idéation et des actes. Elle reçoit, du 12 mai au 3 juin 1931, dix-huit injections de vaccin antirabique. Il est possible que, dans ce cas, il y ait eu une légère amélioration, car la malade a pu sortir quelques mois après, mais elle conserve encore un peu de maniérisme et une tendance aux stéréotypies.

Observation VIII. — Gan..., 20 ans, présente des idées délirantes d'indignité et de culpabilité avec indifférence affective et émotionnelle, quelques grimaces, des idées de suicide, du mutisme partiel, sur un fond d'affaiblissement intellectuel. Elle reçoit, du 12 mai au 3 juin 1931, dix-huit injections de vaccin antirabique. Il est possible que dans ce cas, comme dans le précédent, l'amélioration des troubles mentaux ait été due au vaccin, mais il ne faut pas oublier que les rémissions spontanées sont très fréquentes chez ces malades ; quoiqu'il en soit, la malade a recommencé à travailler, mais elle est toujours exubérante, avec tendance au maniérisme et à l'affectation.

Observation IX. — Fré..., 20 ans, présente des périodes d'excitation avec troubles de la conduite, craintes morbides, insomnie et légère anxiété. Par la suite ces troubles mentaux s'accentuent et elle a des monologues, de l'indifférence affectives et émotionnelle, des

stéréotypies. Elle reçoit du 12 mai au 3 juin 1931, dix-huit injections de vaccin antirabique. Ce traitement ne donne aucun résultat.

Il semble donc que la vaccination antirabique n'ait aucune action sur les psychoses hébéphréno-catatoniques. En effet, si l'on a pu constater une légère amélioration dans certains cas, il faut bien remarquer par contre que, comme nous l'avons dit plus haut, les rémissions spontanées sont fréquentes ; par contre, la vaccination n'a donné aucun résultat, même passager, dans les cas anciens où les symptômes étaient à la fois très nets, très accusés, avec tous les caractères de la chronicité.

Ici, la conclusion sera encore plus nette que pour les accès épileptiformes : la vaccination antirabique, quelle que soit l'ancienneté des troubles mentaux, quelle que soit leur intensité et quel que soit leur aspect clinique, ne donne aucun résultat thérapeutique.

III. — Etats parkinsoniens

Nous avons tenté chez six parkinsoniens le traitement par la vaccination antirabique. Ici encore, nous n'avons eu en vue que la thérapeutique de l'état, sans nous préoccuper de l'étiologie de celui-ci, qu'il se soit agi ou non du parkinsonisme post-encéphalitique. Voici les six observations résumées :

Observation I. — Anc..., 40 ans, présente un état parkinsonien avec crises oculogyres, sans modification sérologique ; cet état a résisté à tous les traitements. Elle reçoit du 15 avril au 22 avril, sept injections de vaccin, et du 30 juin au 15 juillet de la même année, une nouvelle série de quinze injections de vaccin. Ce traitement ne donne aucun résultat.

Observation II. — Doa..., 37 ans, dont les réactions sérologiques sont entièrement négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, sauf une glycorachie, reçoit, pour un état parkinsonien typique, du 4 au 18 mai 1931, quinze injections de vaccin antirabique. Cet essai thérapeutique n'amène aucune amélioration.

Observation III. — Tan..., 24 ans, présente un état parkinsonien léger, avec céphalée intense et réactions biologiques entièrement négatives. Elle reçoit, du 15 octobre au 4 novembre 1931, quinze injections de vaccin antirabique, sans aucun succès.

Observation IV. — Win..., 64 ans, atteint de maladie de Parkinson depuis plusieurs années, reçoit du 6 au 23 mai 1931, seize injections

de vaccin antirabique. Il semble que, dans ce cas, il y ait eu une amélioration, puisqu'après les premières injections, les mouvements étaient devenus plus faciles et plus souples, que le malade pouvait se raser, s'habiller et se chausser seul, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Peut-être cette amélioration a-t-elle été en rapport avec les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien, puisque l'on a trouvé dans ce dernier une forte lymphocytose. En tous cas, le tremblement a diminué, ainsi que la raideur des mouvements, et l'on a fait alors, du 2 au 18 novembre 1931, une seconde série de quinze injections de vaccin antirabique, qui a maintenu l'amélioration, puisque ce malade, revu par la suite, restait un parkinsonien évident, mais présentait un état physique compatible avec les menues exigences de la vie journalière.

Observation V. — Ver..., vingt-neuf ans, présente en janvier 1923, des symptômes d'encéphalite, et trois ans plus tard (en 1926) des signes parkinsoniens : tête fléchie, aspect figé, clignement palpébral, avec réaction biologiques négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Il reçoit, en février 1930, vingt-cinq injections de vaccin antirabique en une seule série. A la suite de ce traitement, il y a une amélioration manifeste de l'état général, et une disparition de la frigidité sexuelle. Mais le tremblement reste inchangé.

Observation VI. — Max..., trente ans, présente en 1920, une encéphalite, et en 1923 des symptômes parkinsoniens avec troubles oculaires, tremblement très accusé, face figée, ptosis bilatéral, et réactions biologiques négatives. Il reçoit, en octobre 1931, une série de vingt et une injections de vaccin antirabique. Les troubles oculaires s'améliorent, et l'état général est meilleur, mais le ptoris recommence un peu plus tard.

En somme, il semble bien que l'on puisse compter, dans le traitement des états parkinsoniens par la vaccination antirabique, sur une amélioration de l'état général. Le sommeil est meilleur, mais les symptômes propres à cette affection ne paraissent guère influencés. Cependant, il convient de remarquer que, dans le cas du malade faisant l'objet de l'observation IV, il y ait eu une rétrocession des symptômes parkinsoniens proprement dits. Nous ajouterons qu'il ne semble pas que l'on puisse tabler, au point de vue thérapeutique, sur l'ancienneté ou non des lésions : la lecture des observations le démontre aisément ; alors que nous n'avons obtenu que des résultats pratiquement insignifiants chez des malades récemment atteints, par contre, ainsi qu'il est facile de le voir par l'observation IV, il s'agissait d'accidents apparus sept ans auparavant et dans lesquels, cependant, le vaccin antirabique paraît avoir amené une amélioration incontestable.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 23 Octobre 1933

Présidence : MM. DUPAIN et ROUBINOVITCH,
anciens présidents

En ouvrant la séance, M. ROUBINOVITCH, qui *préside* la séance, remercie M. le Professeur DONNEDIEU DE VABRES, de la Faculté de Droit de Paris, et Me Clément CHARPENTIER, *secrétaire général de la Société générale des Prisons et de Législation criminelle,* d'avoir bien voulu accepter l'invitation du Bureau de la *Société Médico-psychologique* et prendre part à la discussion qui va s'engager sur un point du *projet de Réforme du Code pénal,* à la suite de la communication de M. René CHARPENTIER.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 13 juillet est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Roger MIGNOT, *vice-président,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Paul COURBON, *secrétaire des séances,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Georges HEUYER, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Pierre MASQUIN, *membre correspondant national*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et qui prie la Société de remettre à l'ordre du jour de la séance du jeudi 9 novembre la présentation de malade dont il avait, avec le Professeur Henri CLAUDE, demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance : il en est ainsi décidé ;

une lettre de Mme Augusta MOREIRA, faisant part du décès du Professeur Docteur Juliano MOREIRA, de Rio-de-Janeiro, *membre associé étranger* de la Société.: au reçu de cette lettre, le Secrétaire général a exprimé à Mme A. Moreira les très vifs regrets de la Société ; une notice nécrologique paraîtra dans le numéro d'octobre des *Annales Médico-psychologiques ;*

une lettre de M. le Dr André BELEY, interne des Asiles de la Seine, présentant, au concours du *Prix Moreau de Tours* à décerner en 1934, sa thèse de doctorat en médecine sur l'*Enfant délinquant ;*

une lettre le Mlle le Dr Charlotte TRUCHE, interne des Asiles de la Seine, posant sa candidature à l'attribution du *Legs Christian* pour 1934 ;

une lettre de M. le Dr DARTIGUES, président de *l'Union Médicale Latine* (UMFIA), invitant les membres de la Société à participer au Jubilé médical posthume de Georges CLEMENCEAU, qui aura lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, le 11 novembre prochain ;

une lettre de M. le Dr M. POTET, médecin-colonel, spécialiste de neuro-psychiatrie des hôpitaux militaires, directeur adjoint du Service de santé militaire des Troupes du Maroc, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national :* une Commission composée de MM. LAGRIFFE, MARCHAND et FRIBOURG-BLANC, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : l'élection aura lieu à la séance du lundi 27 novembre 1933 ;

une lettre de M. le Dr James V. MAY, de Boston, Commissioner du Département des maladies mentales de l'Etat de Massachusetts, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger ;* une Commission composée de MM. Pierre JANET, CAPGRAS et René CHARPENTIER, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : l'élection aura lieu à la séance du lundi 27 novembre 1933.

Date de l'Assemblée Générale

Le quatrième lundi du mois de décembre 1933, se trouvant le 25 décembre, jour de Noël, la Société décide de tenir la *séance ordinaire* de décembre et *l'Assemblée générale* annuelle le mardi

19 décembre 1933, à 4 heures très précises, au siège de la Société Médico-psychologique, 12, rue de Seine, à Paris.

Election d'un membre associé étranger

En l'absence du Dr Paul COURBON, rapporteur, et des membres de la Commission désignée le 26 juin 1933, la Société décide de remettre cette élection à la séance du *lundi 27 novembre 1933.*

COMMUNICATIONS

A propos de la Réforme du Code pénal, par M. René CHARPENTIER.

En décembre 1930, une Commission, sous la présidence de M. Paul MATTER, *procureur général à la Cour de Cassation,* a été instituée par M. CHÉRON, *Ministre de la Justice,* en vue de la *Réforme du Code Pénal.* Cette Commission a établi un *avant-projet* actuellement soumis à l'examen des Cours d'Appel, des Facultés de Droit et de certains organismes spéciaux. Notre collègue LAUZIER a publié dans « L'Aliéniste français » le texte des articles de cet avant-projet qui intéressent particulièrement les psychiatres (1).

La Société Générale des Prisons et de Législation Criminelle, à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir, a entrepris l'étude et la discussion de cet avant-projet sur un rapport très remarquable de M. le Professeur DONNEDIEU DE VABRES, de la Faculté de Droit de Paris. Le texte de ce rapport a été publié *in extenso* par la « Gazette du Palais » (2). Il sert de base à une discussion particulièrement importante devant la Société Générale des Prisons dont font partie plusieurs des auteurs du projet.

En particulier, à la séance de cette Société qui eut lieu le jeudi 6 juillet 1933, vint en discussion le texte de l'article 122 de l'avant-projet. Je n'ai pas besoin de rappeler ici le texte de l'article 64 du Code Pénal actuel qui dispose qu' « il n'y a ni crime « ni délit, lorsque le prévenu était en démence au temps de « l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il « n'a pu résister ».

(1) *L'Aliéniste français,* Bull. de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés, juillet 1933, p. 324-327.

(2) *Gazette du Palais,* jeudi 5 janvier 1933.

Or, l'article 122 de l'avant-projet de la Commission reprend cette disposition sous la forme suivante : « Est exempt de peine « le prévenu qui était en état de démence au temps de l'action. »

Invité par le très distingué *secrétaire général* de la Société des Prisons, Me Clément CHARPENTIER, à exprimer à ce sujet l'avis d'un psychiatre, je n'ai pu qu'énoncer ce que, je crois, nous pensons tous, c'est-à-dire qu'il serait regrettable de conserver à l'article 122 du projet de réforme du Code Pénal le terme « démence » tel qu'il figure à l'article 64 du Code Pénal actuel.

Au point de vue psychiatrique, le mot démence ne signifie rien d'autre que l'affaiblissement acquis des facultés intellectuelles, autrement dit le *déficit intellectuel acquis.* Je sais bien qu'on pourra m'objecter que, si cela était entièrement vrai il y a relativement peu d'années, d'assez nombreux psychiatres emploient aujourd'hui le mot démence dans un sens psychiatrique plus extensif et beaucoup moins défini. Il n'en est pas moins vrai que le mot « démence » est employé par le législateur dans un sens tout à fait spécial et différent de son sens psychiatrique. A tel point que lorsqu'un psychiatre emploie le mot démence dans un sens médico-légal, il prend soin d'ajouter « en état de démence aux termes de l'article 64 du Code Pénal ». Il est de toute évidence que, dans la pensée du législateur, le mot démence est loin d'avoir un sens précis et correspond à des états psychopathiques divers dont certains n'ont nullement le caractère démentiel. Et nous sommes ici sur un terrain où il paraît capital de préciser le sens des mots.

L'article premier de la *Loi Belge de Défense Sociale,* tout en conservant — à tort — le mot « démence », a jugé nécessaire de le compléter ainsi : « en état de démence, ou dans un état « grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant « incapable du contrôle de ses actions ». Cette énumération n'échappe pas aux reproches que l'on peut faire à beaucoup d'énumérations : elle est incomplète et peut paraître exagérément limitative. On peut en dire autant, mais nous sortirions ici du sujet, des termes « état habituel d'imbécillité, de démence ou « de fureur » employés à l'article 489 du Code Civil français.

En étudiant l'élément moral dans l'infraction, le rapporteur de la Société Générale des Prisons a d'ailleurs proposé pour l'article 122 un texte différent, destiné surtout, semble-t-il, à corriger l'article 123 sur lequel nous aurons à revenir tout à l'heure.

M. le Professeur DONNEDIEU DE VABRES propose, en effet, la rédaction suivante :

« Art. 122 : Est exempt de peine l'inculpé qui, à raison d'un « trouble maladif de l'intelligence ou de la volonté, était inca- « pable, au moment de l'acte, d'en apercevoir le caractère im- « moral ou injuste, ou de se déterminer en conséquence. »

Cette rédaction, assurément préférable à celle de l'avant-projet, m'a paru pourtant d'une précision dangereuse et trop exclusive. En particulier, en l'adoptant, on exclurait les troubles de la sensibilité, les réactions de l'hyperémotivité morbide, les états mélancoliques sans doute aussi, et ce n'est pas ici qu'il est besoin de rappeler leurs redoutables conséquences médico-légales.

Aussi me suis-je permis de suggérer, soutenu en cela par Me Clément CHARPENTIER, que le texte de M. le Professeur Donnedieu de Vabres fût modifié en remplaçant seulement les mots « à raison d'un trouble maladif de l'intelligence ou de la volonté » par les mots « *état mental pathologique* » ou « *état psychopathique* ». Il m'a semblé que l'article 122 pourrait donc être rédigé ainsi :

« Est exempt de peine l'inculpé qui, à raison d'un état mental « pathologique, était incapable, au moment de l'acte, d'en aper- « cevoir le caractère immoral ou injuste ou de se déterminer en « conséquence. »

A la suite de cette discussion, la Société Générale des Prisons a bien voulu me charger officiellement de demander l'avis de la Société Médico-psychologique sur ces textes que je viens de vous soumettre. Je transmettrai votre réponse.

Un mot encore, avant que ne s'engage la discussion sur ces textes. J'ai parlé tout à l'heure de l'article 123 de l'avant-projet. Voici la rédaction un peu étonnante de la Commission :

« Art. 123 : L'ivresse, les états passionnels ou émotifs, ou « ceux résultant de l'emploi volontaire de substances stupé- « fiantes, ne sont pas des causes d'exemption de la peine. »

J'ai exprimé à la Société Générale des Prisons ma surprise de voir les états passionnels ou émotifs ainsi encadrés, assimilés à l'ivresse et à l'emploi volontaire de substances stupéfiantes. Il m'a été répondu par un membre important de la Commission, le très distingué Professeur HUGUENEY, de la Faculté de Droit de Paris, qu'il y avait eu là une erreur de rédaction. En attendant la rédaction nouvelle, vous penserez sans doute comme moi qu'il y a là une assimilation inattendue.

Cela semble être aussi l'impression de M. le Professeur Donnedieu de Vabres qui, dans son Rapport, exprime ainsi son opinion : « Le projet traite avec une juste rigueur l'ivresse « volontaire (art. 123). Cette rigueur, exprimée sans réserve, « se justifie moins, selon nous, à l'égard des *états passionnels* « *ou émotifs* qui peuvent avoir, ainsi que la démence, une « cause pathologique. » Et c'est pour cela qu'il propose, pour l'art 123, la rédaction suivante :

« Art. 123. — L'ivresse, les états passionnels ou émotifs, *hors* « *les cas visés à l'article 122*, ne sont pas des causes d'irrespon- « sabilité pénale. »

Nous voyons donc le rapporteur, après avoir limité au « trouble maladif de l'intelligence ou de la volonté » l'exemption pénale de l'article 122, proposer pour l'art. 123, un texte qui y rattache en fait les états passionnels ou émotifs considérés comme pathologiques. Et ceci fait penser que M. le Professeur Donnedieu de Vabres pourrait accepter pour l'article 122 les termes plus appropriés d'*état mental pathologique*. Ces mots indiquent bien la nécessité du caractère morbide de l'état envisagé et sont complétés par la phrase « était incapable, au moment de « l'acte, d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste ou de « se déterminer en conséquence ».

J'ajoute que si M. le Professeur Donnedieu de Vabres a spécifié que la non exemption pénale s'applique à l'ivresse volontaire, ceci ne m'a pas paru indiqué par le texte de l'avant-projet. Il est inutile de rappeler ici l'éventualité de réactions médico-légales consécutives aux troubles psychiques de l'ivresse involontaire (1). Mais l'ivresse fortuite, qui n'est ni voulue, ni prévue, ne peut être reprochée à l'agent, qui ignore l'altération ou la force toxique de la boisson qu'il absorbe ; et c'est sans aucun doute pour ces raisons que le rédacteur de l'article 123 a jugé inutile de spécifier qu'il s'agit de l'ivresse volontaire.

M. Donnedieu de Vabres, *Professeur à la Faculté de Droit de Paris.* — Messieurs, votre éminent secrétaire général, M. le Dr René Charpentier, vient de vous exposer, avec une parfaite clarté, la question que la Société générale des prisons, en voie d'examiner, sur mon rapport, le projet de révision du Code pénal, a l'honneur de vous soumettre.

(1) E. Dupré et René Charpentier. — Les Ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique. *L'Encéphale*, 25 janvier 1906.

Le seul point qui nous divise, M. le Dr René Charpentier et moi, concerne une formule. Nous sommes parfaitement d'accord — et sans doute partagerez-vous notre avis — pour estimer que les termes de l'article 64 actuel du Code pénal ne conviennent plus ; qu'en particulier, le mot *démence* doit être remplacé, parce qu'il n'existe aucune similitude entre sa signification médico-légale, et le sens que les auteurs du Code pénal ont entendu lui attacher. Nous modifierons donc l'art. 122 du projet, correspondant à cet article 64 du Code pénal, et qui, dans sa rédaction actuelle, conserve ce mot : *démence.*

Mais, comment remplacer ce terme ? Quelle formule proposer pour exprimer les cas d'irresponsabilité en rapport avec une anomalie mentale ?

J'ai suggéré, pour l'article 122, la rédaction suivante :

Est exempt de peine l'inculpé qui, à raison d'un trouble maladif de l'intelligence ou de la volonté, était incapable, au moment de l'acte, d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste, ou de se déterminer en conséquence.

Je précise immédiatement que je ne revendique, en aucune manière, la paternité de cette formule : *un trouble maladif de l'intelligence ou de la volonté.* Elle m'a été inspirée par les auteurs ou projets de Codes récents qui, voulant exclure tout critérium fondé sur le concept traditionnel, mais rationnellement indémontrable, de la *liberté morale,* ont dû chercher un critérium nouveau de la responsabilité pénale. Presque tous ont proposé une formule analogue, ou même identique, à celle que je propose.

Je citerai, à titre d'exemple, le *Code pénal italien,* de 1930 :

ART. 42. — *Nul ne peut être puni pour une action ou omission prévue par la loi comme infraction, s'il ne l'a commise avec conscience et volonté.*

ART. 85. — *Nul ne peut être puni pour un fait prévu par la loi comme infraction, si, au moment où il l'a commis, il n'était pas responsable.*

Est responsable, celui qui a la capacité de comprendre et de vouloir.

Voici encore les termes du projet de *Code pénal allemand :*

§ 12. — *Celui qui, au moment de l'acte, n'est pas responsable, ne doit pas être puni.*

§ 13. — *N'est pas responsable celui qui, au moment de l'acte, à cause d'un trouble de la conscience, d'un trouble maladif de*

l'activité de l'esprit ou de faiblesse d'esprit, est incapable d'apercevoir le caractère injuste de l'acte, ou d'agir en conséquence.

Le reproche que M. le Dr René Charpentier adresse à une formule de ce genre, visant exclusivement les troubles de l'intelligence ou de la volonté, est de contenir une énumération incomplète. Il y a d'autres troubles, ceux de la sensibilité, notamment, qui peuvent influer sur la responsabilité pénale. Lorsqu'à la dernière séance de la *Société générale des prisons,* M. René Charpentier m'a opposé cette objection, j'ai répondu que les seuls troubles à envisager, au point de vue de la rédaction de l'article 122, sont ceux qui exercent une influence *directe, immédiate,* sur l'activité coupable. Il me semblait que si les troubles de la sensibilité peuvent agir sur la conduite du délinquant, c'est par l'intermédiaire de la volonté, qu'ils annihilent ou affaiblissent. Je ne concevais pas, dans la constitution de l'élément moral du délit, l'intervention de facultés autres que l'intelligence et la volonté. Mais je ne puis, sur cette question d'ordre psychologique, qu'avouer mon incompétence, et m'en remettre à votre appréciation.

Voici, en revanche, le scrupule que m'inspire l'expression proposée par M. le Dr René Charpentier, en remplacement du terme démence : *un état mental pathologique.* Evidemment, elle a le mérite d'éviter une énumération difficile à établir. Mais ce qui peut faire naître un doute, c'est son caractère *technique.* Il est à souhaiter que les définitions d'un Code contiennent des termes susceptibles d'être compris par tous. Dire que la responsabilité pénale est subordonnée à l'existence, au moment de l'acte, d'une intelligence et d'une volonté intactes, c'est exprimer une idée que le public saisira. Viser, au contraire, comme cas d'irresponsabilité pénale *l'état mental pathologique,* c'est prendre parti sur une question vivement controversée, parmi les médecins eux-mêmes. C'est, implicitement, dessaisir le juge de tout pouvoir d'appréciation, en ce qui touche la responsabilité pénale de l'agent, et réserver à l'expert le soin de la mesurer. Seul, en effet, l'expert peut décider si l'on est, ou non, en présence d'un état pathologique. Si l'on veut que le magistrat exerce un contrôle, ou tout au moins que son pouvoir d'appréciation s'emploie, il faudrait lui donner un autre critérium.

Voilà les doutes que m'inspire la formule proposée par M. le Dr René Charpentier. Mais, je ne puis, à cet égard, que renouveler l'aveu de mon incompétence, et recourir à vos lumières. Quelle que soit l'issue donnée à ce débat, la Société des prisons sera reconnaissante à M. le Dr René Charpentier de l'avoir porté

devant vous, et à vous-même, de nous avoir prêté, à l'occasion de l'œuvre législative en préparation, un concours précieux et indispensable.

Me Clément CHARPENTIER, Avocat à la Cour d'Appel, *Secrétaire général de la Société des Prisons et de Législation criminelle.* — Je tiens à remercier vivement notre collègue et mon ami, votre distingué Secrétaire général, le Dr René Charpentier, d'avoir bien voulu nous convier, M. le Professeur Donnedieu de Vabres et moi, en nos qualités de rapporteur et secrétaire général, pour assister à cette réunion.

La question a été admirablement posée par le Dr René Charpentier : La Société générale des prisons et de Législation criminelle, ayant à se préoccuper, à l'occasion de la réforme du Code pénal, du nouveau texte à substituer à l'article 64, pour régler le sort des personnes « irresponsables » ou, plus exactement, « non punissables », en raison de leur état mental, sollicite votre avis sur le terme à employer au lieu du mot « démence », qui se trouve dans l'article 64, et qui serait reproduit en l'article 122 du projet.

Je considère que cette consultation marque une date extrêmement importante, parce qu'elle signifie que, grâce aux efforts tentés depuis une trentaine d'années, les juristes, professeurs, magistrats et avocats ont acquis, des choses de la psychiatrie, des notions précises, et le désir de se renseigner sur l'état mental des inculpés s'est, en quelque sorte, généralisé.

La question qui se pose n'est point d'ordre théorique ou scientifique ; elle est, avant tout, une question d'ordre pratique.

Le Code pénal est l'instrument mis à la disposition des représentants de la Justice pour assurer l'ordre dans un pays, en évitant toute mesure de coercition inutile, vis-à-vis des individus.

Il importe que cet instrument permette à la Science de se développer, aux magistrats de bénéficier des progrès de la Science, et c'est pourquoi il est souhaitable que les termes insérés dans les textes étudiés en ce moment, ne soient point en contradiction avec les conceptions scientifiques d'aujourd'hui ou de demain.

Il n'est douteux pour aucun des membres de la Société Médico-Psychologique, que le terme « démence » n'a plus le sens qu'il avait au moment de la rédaction du Code pénal.

Le mot « démence » a été employé avec plus de précision, pour déterminer certains états. Il n'a plus le caractère général qui est nécessaire dans un texte pénal. Je suis donc d'avis que

l'expression proposée par le rapport du Dr René Charpentier, « état mental pathologique », est parfaite, étant entendu que le juge — et j'emploie le terme dans le sens tout à fait général, qu'il s'agisse de Juge d'instruction, du Tribunal Correctionnel ou de la Cour d'Assises — aura toujours la faculté, étant renseigné sur l'état mental du délinquant, de se prononcer en tout état de cause et de déclarer si, à raison de l'état mental pathologique, ledit inculpé ou accusé est, ou non, punissable.

Je me permets de souhaiter que votre décision soit prise à une très grande majorité, persuadé que si une société savante aussi autorisée que la vôtre considère qu'un texte correspond aux besoins de la Science, la Commission chargée d'arrêter le texte du projet de Code pénal, s'inclinera devant votre décision avec la conscience de faire une œuvre utile dans le but d'assurer une bonne répression, en même temps que le respect de la liberté humaine.

Si notre collaboration peut aboutir à diminuer, pour ne point oser dire supprimer dans cette matière délicate, les erreurs judiciaires, nous aurons fait une œuvre utile.

M. Henri Claude. — On nous demande s'il convient d'écarter le terme de démence et de le remplacer par les mots « état mental pathologique ». Le terme de démence, qu'on peut considérer au point de vue psychiatrique dans bien des conditions, comme inadéquat ou désuet, a, toutefois, dans un rapport médico-légal, un avantage ; c'est qu'il exprime nettement la pensée de l'expert à savoir que le sujet est dans un état tel que sa conscience et sa volonté étaient supprimées au moment de l'acte, par conséquent, qu'il n'a pas à rendre compte de celui-ci, qu'il doit être exempté de peine et qu'il doit être soigné. L'emploi du mot « état mental pathologique » exige une justification quand on veut exprimer la nécessité que le sujet ne doit pas rendre compte à la justice. De même, l'emploi du mot « état mental pathologique », lorsque l'expert estime que l'individu doit rendre compte à la justice nécessite également des explications à propos desquelles, surtout devant le juge ou les jurés, des estimations peuvent être demandées sur la gravité et la nature de l'état mental pathologique.

Si l'on se contente d'indiquer, comme je l'ai exposé dans mon Traité de Psychiatrie médico-légale, que l'inculpé n'était pas en état de démence au temps de l'acte, que néanmoins, il présente des anomalies physiques ou psychiques qui ont été exposées dans le rapport et qu'on ajoute que ces tares sont de nature à être prises en considération pour l'appréciation des sanctions pénales,

le médecin n'intervient pas du point de vue criminologique dans l'application de la peine et il laisse le juge libre de se décider puisqu'il connaît, désormais, tous les éléments de la question.

M. Raviart. — Il est évident que d'innombrables questions se posent qui devront être discutées entre juristes et médecins ; il faut les sérier. Le mot démence ne m'a jamais gêné dans ma pratique médico-légale.

Toutefois, si on veut le remplacer par une expression moins désuète, on peut le faire en évitant une énumération forcément incomplète des troubles psychiques et en employant une expression aussi générale que celle proposée par le Dr René Charpentier : état mental pathologique.

M. Hamel. — S'il s'agit d'une simple substitution de terme, l'expression « état mental pathologique » remplacera très heureusement le mot « démence ». Mais, je demande si, dans le projet de Code pénal des dispositions spéciales, visent les cas où la responsabilité est actuellement considérée comme atténuée.

M. J. Baruk. — Je suis d'avis, comme tout le monde, de supprimer le mot démence, dont le sens n'est plus aujourd'hui ce qu'il était. Le mot « état mental pathologique » me paraît préférable. Toutefois, pour éviter tout ce qui semble trop scientifique dans un Code, on peut remplacer pathologique par le mot morbide.

D'un autre côté, l'article 64 du Code pénal actuel ne vise que l'irresponsabilité. L'idée de la responsabilité atténuée s'est imposée par la suite, et a eu pour conséquence fâcheuse la réduction de la peine. Le nouveau projet ne doit-il pas viser ce cas de responsabilité atténuée ?

M. René Charpentier. — Je puis ajouter, en réponse à M. le Professeur Donnedieu de Vabres que si la formule « trouble maladif de l'intelligence ou de la volonté » me paraît peu souhaitable, c'est peut-être autant à cause des mots employés que de son caractère limitatif. L'ancienne division psychologique qui ferait intervenir ici les troubles maladifs de l'intelligence et de la volonté même en y ajoutant ceux de la sensibilité, est bien arbitraire et imprécise, sous son apparence de précision, et ne saurait servir de base à une classification.

L'expression « état mental pathologique » caractérise seulement un état mental, congénital ou acquis, dont l'expert affirme le caractère pathologique. Et non seulement l'expert aura à met-

tre en évidence ce caractère *pathologique,* mais aussi le fait que *cet état mental pathologique a rendu l'inculpé incapable, au moment de l'acte, d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste, ou de se déterminer en conséquence.* Tel est bien le rôle médical. Quand l'expert aura accompli sa tâche, ainsi définie, il aura éclairé le magistrat dont le pouvoir ne me paraît entamé en rien par les éléments d'appréciation mis ainsi à sa disposition.

M. J. Baruk se demande s'il n'y aurait pas intérêt à remplacer l'expression « état mental pathologique » par l'expression « état mental morbide ». Je n'en vois pas l'avantage. J'ai examiné les trois mots : « pathologique », « morbide », ou « maladif » qui pouvaient être employés. Je voyais au mot « maladif » l'avantage de figurer déjà dans le texte proposé par M. Donnedieu de Vabres. Mais, il m'a paru que le mot « pathologique », plus scientifique, plus précis, en dépit de son caractère général, prête moins à des extensions que certains pourraient envisager avec appréhension.

Quant aux craintes exprimées par le Professeur H. Claude, il est facile de les apaiser. Il s'agit, en effet, ici, ne l'oublions pas, des cas d'exemption de peine, puisqu'il s'agit de l'article 122 et que les cas visés par l'article 122 sont les cas d'*irresponsabilité pénale.* Les cas limites auxquels fait allusion M. Henri Claude ne sont pas justiciables de l'article 122, mais ont été prévus dans d'autres articles de l'avant-projet de Réforme du Code pénal sur les dispositions desquels nous aurons probablement à revenir, un jour, ici.

La seule question qui se pose aujourd'hui est celle du choix des termes destinés à remplacer dans la loi le mot « démence » qui, de l'avis de tous, a été employé par le législateur dans un sens qu'il n'a pas et que M. H. Claude lui-même qualifie d' « inadéquat » et de « désuet ».

M. Laignel-Lavastine. — Je ne veux pas entrer dans le fond du débat, mais m'en tenir à une simple question de terminologie. Quand nous employons le mot *démence,* dans le sens de l'article 64 du Code pénal nous savons parfaitement que ce terme est beaucoup plus synthétique que lorsque nous nous en servons en sémiologie psychiatrique. Il répond à un état mental pathologique déterminant pathologiquement la conduite. J'accepte donc la formule de mon ami René Charpentier, qui a le mérite de ne pas pénétrer dans l'analyse psychologique comme le fait le membre de phrase proposé par notre collègue le Professeur Donnedieu de Vabres de la Faculté de droit. Il est beaucoup trop précis. La

complexité de la psychiatrie ne peut s'en accommoder, car il est loin d'englober tous les facteurs pouvant intervenir, ceux que nous connaissons comme ceux qui seront peut-être découverts après nous.

C'est donc en raison de la relativité de nos connaissances et avec la conscience de notre ignorance que je me rallie à la rédaction de mon ami René Charpentier.

M. Donnedieu de Vabres. — M. le Dr Hamel a eu infiniment raison d'appeler une précision sur le point qu'il vous signale. J'avais, en effet, l'impression, en entendant tout à l'heure les observations de M. le Professeur Claude, d'un malentendu qui pourrait jeter quelque obscurité sur ce débat.

Il est certain que la question de la responsabilité atténuée, des « demi-fous », doit en être entièrement exclue. Nul ne songe à contester l'importance fondamentale de ce problème, et il est certain que quelque jour, pour le résoudre, nous aurons à recourir, de nouveau, à vos lumières.

Mais aujourd'hui, de quoi s'agit-il ? Uniquement de remplacer le mot *démence,* de l'article 64, Code pénal. Or, la démence, c'est assurément l'état mental des irresponsables complets.

La Commission de révision du Code pénal a cru devoir séparer complètement, dans ses prévisions, la situation des aliénés et celle des déficients mentaux, parce qu'elle a institué pour ces derniers — en remplacement des courtes peines — un régime nouveau, inspiré par les doctrines récentes, et que vous connaissez tous : celui des *mesures de sûreté.*

Cette précision me permet de répondre à l'objection que formulait tout à l'heure M. le Professeur Claude. M. Claude critiquait ces mots, figurant en tête de l'article 122, tel que nous l'avons rédigé : *Est exempt de peine...* Il lui semblait qu'un « trouble morbide de l'intelligence ou de la volonté », un « état mental pathologique », ne justifient pas toujours une exemption complète de peine. Mais il faut bien observer que, dans notre rédaction, ces mots ne sont pas isolés. Nous exigeons que le trouble soit tel qu'il ait entraîné, au moment de l'acte, *l'incapacité d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste, ou de se déterminer en conséquence.* Il y a alors, et il ne peut y avoir, qu'une exemption *complète* de peine.

M. Gouriou. — Je pense que la notion de démence inscrite dans l'article 64 a, depuis longtemps, été si largement interprétée et étendue à toute la pathologie mentale par les experts que

son remplacement par l'expression : état mental pathologique, ne fera que consacrer un fait accompli. Cette extension a peut-être amené quelques abus, dont le pire serait d'englober dans la psychologie pathologique toute la psychologie criminelle. Je me rallie cependant à cet article 122, puisqu'on me dit qu'il ne consacrera pas ces abus, et sera complété par des dispositions de défense sociale appliquées aux individus irresponsables ou à responsabilité insuffisante.

M. DEMAY. — Si nous restons dans les limites de la question qui nous est posée, il me semble qu'elle est extrêmement simple. Le mot démence étant écarté, il n'est pas douteux que l'expression : état mental pathologique, plus générale, doit être préférée à une énumération forcément limitative.

M. DONNEDIEU DE VABRES. — J'aurais mauvaise grâce à insister, et je me rallie bien volontiers à la formule proposée par M. le Dr René Charpentier, et qui a manifestement vos préférences. J'exprime seulement ma surprise que la mienne — visant les troubles de l'intelligence et de la volonté — si elle mérite vos critiques, ait pu trouver asile dans diverses législations étrangères dont les auteurs ont vraisemblablement eu recours, eux aussi, aux conseils de techniciens.

M. J. ROUBINOVITCH, *Président*. — Messieurs, la discussion étant close, je mets aux voix la substitution du mot « démence » de l'article 64 du Code pénal actuel par les termes : « Etat mental pathologique » de l'article 122 du projet de Réforme de ce Code, conformément à la proposition du Dr René Charpentier.

Cette proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité moins une voix.

La *Société Médico-psychologique* propose donc pour l'article 122 la rédaction de M. le Professeur Donnedieu de Vabres avec la modification demandée par M. René Charpentier, et acceptée par M. Donnedieu de Vabres :

« ART. 122 : *Est exempt de peine l'inculpé qui, à raison d'un « état mental pathologique, était incapable, au moment de « l'acte, d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste, ou de se « déterminer en conséquence.* »

M. DONNEDIEU DE VABRES. — Mais j'attire maintenant votre attention sur la formule de l'article 123, rédigé par la Commis-

sion, et amendé par moi, dans mon rapport. La rédaction que je propose offre, à mes yeux, un double intérêt.

Elle répond à la nécessité sociale, ressentie dans divers pays, et qui se manifeste également chez nous, d'assurer la répression de l'ivresse, de préciser qu'elle ne doit pas être une cause d'atténuation de la responsabilité, toutes les fois qu'elle n'est pas imputable à un cas fortuit.

De plus, en précisant que les *passions — sauf les cas de l'article 122* — ne sont pas, elles non plus, une cause d'exclusion ni de réduction de la responsabilité, elle consacre une distinction que je crois nécessaire, et que je reproche à la jurisprudence, et aux auteurs du projet de révision, d'avoir méconnue : la distinction à établir entre la passion morbide, ayant une cause pathologique, et la passion chez un individu normal.

Vous savez que la jurisprudence de la Cour de Cassation, interprétant la disposition finale de l'article 64, Code pénal, a décidé que la *force irrésistible* prévue par ce texte comme fait justificatif, doit résulter d'un événement *extérieur*. Ainsi, la passion, même morbide, n'influe pas sur la responsabilité pénale.

La Commission de révision a cru devoir maintenir cette solution, puisqu'elle décide, sans réserve, dans son article 123, que « les états passionnels ou émotifs... ne sont pas des causes d'exemption de peine ». Le renvoi à l'article 122, que j'insère dans le texte rédigé par elle, a pour but d'introduire une distinction, que je crois nécessaire, entre la passion venant d'un « état mental pathologique » et la passion chez un être normal.

Voilà les diverses raisons pour lesquelles l'article 123 est, à mes yeux, le complément nécessaire de l'article 122.

M. René Charpentier. — Etant donné le vote qui vient d'être émis et la nouvelle rédaction proposée pour l'article 122, on aurait pu penser que l'article 123 devenait sans objet. Je crois devoir rappeler ici le texte de cet article 123 :

1° dans le projet de la Commission :

« Art. 123 : *L'ivresse, les états passionnels ou émotifs, ou « ceux résultant de l'emploi volontaire de substances stupé- « fiantes ne sont pas des causes d'exemption de la peine.* »

2° dans le rapport de M. Donnedieu de Vabres :

« Art 123 : *L'ivresse, les états passionnels ou émotifs,* hors les « cas visés à l'article 122, *ne sont pas des causes d'irresponsabi- « lité pénale.* »

M. Donnedieu de Vabres, estimant nécessaire cet article 123,

il convient donc d'en étudier la rédaction. Et, sans revenir sur ce qu'a d'inattendu le voisinage dans un même article du projet, de l'ivresse et des états passionnels ou émotifs, je voudrais poser à M. Donnedieu de Vabres, que nous ne saurions trop remercier d'avoir bien voulu apporter à cette discussion l'appui inestimable de sa compétence et de son autorité, deux questions :

1° Est-ce volontairement qu'il a supprimé du texte de la Commission les mots « ou ceux résultant de l'emploi volontaire de substances stupéfiantes » ?

2° Ne croit-il pas qu'il y ait lieu de distraire de cet article « les états passionnels ou émotifs » ?

D'une part, on ne peut vraiment pas assimiler ces états passionnels ou émotifs à l'état d'ivresse volontaire.

D'autre part, les états émotifs, les états d'hyperémotivité morbide ne semblent pas comporter la même conclusion que les autres états, envisagés par le même article du projet. M. Donnedieu de Vabres, je l'ai déjà fait remarquer (page 356), a manifesté ce souci dans la nouvelle rédaction proposée par lui de l'article 123.

M. Donnedieu de Vabres. — M. le Dr René Charpentier veut bien me demander si c'est intentionnellement que, dans le texte de l'article 123, tel que je l'ai soumis à la Société des prisons, j'ai supprimé « l'emploi volontaire de substances stupéfiantes » qui était prévu dans le texte de la Commission. J'avoue qu'il y a là, simplement, de ma part, une omission matérielle, et que je n'ai pas de raison spéciale de me séparer de la Commission, lorsqu'elle vise, à côté de l'ivresse, l'emploi de stupéfiants.

En revanche, je m'associe entièrement à la proposition du Dr René Charpentier, visant *les états passionnels ou émotifs*. J'estime, comme lui, que ce mot *émotif* doit être supprimé. Il me semble viser, dans la pensée de la Commission, les états passionnels pathologiques, que je considère, pour ma part, comme des causes légitimes d'exemption de peine.

Je m'associe également à l'observation du Dr René Charpentier visant le caractère hybride de l'énumération contenue dans l'article 123. Les passions, d'une part, l'ivresse et l'emploi de stupéfiants, de l'autre, doivent être l'objet de dispositions distinctes.

Me Clément Charpentier. — Estime que l'article 123 devrait être supprimé et que l'article 122 suffit à définir les cas d'exemption de peine.

M. Donnedieu de Vabres. — Les observations que vient de vous présenter notre distingué secrétaire général, Me Clément Charpentier, ne m'ont pas convaincu. Et je me permets d'insister auprès de vous, pour le maintien de l'article 123.

Cette disposition a sa raison d'être, après l'article 122. Les situations que visent ces deux articles sont entièrement distinctes. L'article 122 s'applique à des malades. L'article 123 concerne, uniquement, des individus normaux. Or, j'estime que, vis-à-vis d'êtres normaux, il y a des raisons sérieuses, des raisons de politique criminelle, pour préciser que ni l'ivresse, ni les états passionnels ne doivent abolir la responsabilité.

S'il est vrai, comme vous l'a dit Me Clément Charpentier, que la solution du problème de la responsabilité doit être abandonnée au juge et à l'expert, il n'y a plus qu'à supprimer le Code pénal. Un Code pénal contient des directives, qui influent sur l'opinion. Il a sa valeur morale, sa valeur au point de vue de la prévention collective. Dans une époque où sévit la « crise de la répression », on voit se manifester des indulgences contre lesquelles il importe de réagir.

En assurant la répression de l'ivresse et de l'emploi des stupéfiants, nous tenons compte de circonstances actuelles, qui ont leur gravité. Nous suivons l'exemple de maints législateurs étrangers.

En précisant que la passion *non morbide,* n'est pas une cause d'exemption de peine, nous nous élevons contre certaine pratique du jury.

Voilà, je crois, la pensée qui a guidé, dans la rédaction de l'article 123, la Commission de révision du Code pénal, et je ne saurais, à cet égard, me séparer d'elle.

M. Gouriou. — Des raisons analogues à celles que j'ai exposées tout à l'heure, m'inclinent aussi à adopter l'article 123 qui est déjà une atténuation à l'article 122, puisqu'il maintient les peines pour les criminels et délinquants qui ont agi au cours d'un état mental pathologique qu'ils ont eux-même déterminé par l'absorption volontaire d'alcools ou de stupéfiants. J'y conserverais aussi le mot de « passion » qui peut avoir une valeur d'intimidation de grande actualité. Mais celui « d'émotivité » fait double emploi avec le précédent et me paraît nuisible, puisque ces deux mots accolés reproduiraient dans l'article 123 les difficultés d'interprétation qu'on reproche à l'article 64.

M. Hamel. — L'article 123 paraît devoir être conservé, l'ivresse ayant toujours été l'objet de mesures répressives justifiées. Mais

l'article 123, loin d'être sans rapport avec l'article 122, m'apparaît comme ayant, par rapport à ce dernier, un sens restrictif. L'ivresse est, au point de vue scientifique, un état pathologique. Si l'on veut l'exclure, l'article 123 doit débuter par le mot « cependant ».

J'admets l'assimilation des états d'intoxication par les stupéfiants, mais les termes « états passionnels et émotifs » me paraissent devoir être disjoints.

M. René CHARPENTIER. — Afin de connaître l'avis de la Société, le vote pourrait avoir lieu sur les diverses propositions suivantes:

L'article 123 doit-il être supprimé ?

L'article 123 doit-il être conservé avec la rédaction proposée par le rapporteur ?

L'article 123 doit-il s'appliquer à l'ivresse et aux états résultant de l'emploi volontaire de substances stupéfiantes ?

L'article 123 doit-il s'appliquer aux états émotifs ? aux états passionnels ?

Des dispositions analogues à celles de l'article 123 peuvent-elles être envisagées par les états passionnels ?

M. ROUBINOVITCH, *Président.* — Si tout le monde est d'accord sur cette façon de procéder je mets ces propositions aux voix :

Par des votes successifs, la Société Médico-psychologique décide d'adopter pour l'article 123 la rédaction suivante, proposée par M. Donnedieu de Vabres :

« ART. 123 : *L'ivresse, les états résultant de l'emploi volon-*
« *taire de substances stupéfiantes, hors les cas visés à l'arti-*
« *cle 122, ne sont pas des causes d'irresponsabilité pénale.* »

Elle décide que les dispositions de cet article ne sauraient s'appliquer aux *états émotifs.*

Elle décide que les dispositions concernant les *états passionnels,* hors les cas visés à l'article 122, devraient faire l'objet d'un texte distinct et ne pas faire voisiner ces états dans un même article avec l'ivresse et l'emploi volontaire de substances stupéfiantes.

Toutes ces décisions concernant l'article 123 sont prises à la majorité des deux tiers, au moins, des membres présents.

L'Internement des pervers constitutionnels, par MM. X. et P. Abély.

Résumé. — Sur les divisions apparentes, qui séparent les aliénistes sur la question des pervers constitutionnels, il y a des possibilités d'accord, tant au point de vue clinique que médico-légal. L'arriération de ces amoraux relève de la médecine mentale. Elle a des caractères précis. Elle se distingue de la délinquance à répétition de sujets normaux. Deux méthodes de défense sociale, deux mesures préventives ont été préconisées à l'égard de ces malades : la prison et l'établissement psychiatrique de sûreté, dont l'expérience a permis d'apprécier l'efficacité comparée. Il n'est plus douteux que seul l'asile de sûreté convienne à ces pervers. La réalisation pratique de ces asiles spécialisés est encore entourée de difficultés qui ne paraissent pas insurmontables. Il semble qu'une solution rapide pourrait être trouvée, aussi bien en ce qui concerne l'édification de ces établissements que leur fonctionnement légal.

Cette communication paraîtra *in extenso* comme *Mémoire original* dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. Raviart. — Nous devons être reconnaissants aux Docteurs Xavier et Paul Abély de leur importante contribution à l'étude de la question de l'internement des pervers constitutionnels. Elle fait partie du grand problème de la défense sociale pour la solution duquel il faudra bien, tôt ou tard, adopter les mesures prises en Belgique sur l'initiative du Dr Vervaecke.

Evidemment, au même titre que la perversion acquise à la suite d'infection de quelque nature que ce soit — encéphalite, rougeole, vaccine, otite, etc. — la perversion constitutionnelle est un état mental pathologique, mais, dans l'état actuel de l'assistance, je me vois forcé de continuer à laisser le pervers à la justice en concluant mon examen médico-légal en ces termes : on relève chez l'inculpé les tares que l'on constate habituellement chez les multidélinquants récidivistes ou autres que la justice condamne dans un but de protection sociale; comme eux, il doit répondre de ses actes à la justice.

M. Hamel. — J'estime comme M. Raviart que la question des arriérés pervers est particulièrement délicate. Je pense qu'il serait d'abord plus utile de créer des établissements pour arriérés simples non pervers qui sont beaucoup plus dignes d'intérêt que ceux pour qui déjà des mesures d'isolement et de rééducation (maisons de correction) se sont montrés totalement inefficaces.

M. Gouriou. — Il ne faut pas abuser du terme pervers *constitutionnels*. Beaucoup de ces pervers le sont occasionnellement à la faveur d'un milieu défavorable. Ce sont surtout ceux-là qui peuvent profiter des bienfaits d'un internement dans un service psychiatrique, surtout lorsque leurs perversions sont nées sur un terrain de débilité mentale importante.

M. Henri Ey. — Il n'y a pas de perversions « constitutionnelles ». Il s'agit là d'un terme inadéquat qui marque l'ignorance où l'on est de l'époque ou de la cause qui ont vu l'apparition de ces perversions.

M. Brissot. — La question des pervers constitutionnels est assez complexe et il semble qu'une certaine confusion se manifeste aujourd'hui à leur endroit. En effet, les sujets atteints de perversions instinctives sont très souvent des arriérés intellectuels (débiles, etc.), des épileptiques, des malades en évolution hébéphrénique ou schizophrénique, etc. Pour cette catégorie de pervers, aucune difficulté de traitement : ils seront soignés en tant que psychopathes pourvus d'une tare mentale. Mais, à côté de ces individus, il existe des sujets chez qui les perversions constitutionnelles se manifestent, pour ainsi dire, à *l'état de pureté,* et ne sont associées à aucun autre trouble psychique.

L'expérience que j'ai acquise à la Colonie d'enfants anormaux de Perray-Vaucluse m'a révélé la complexité du problème touchant cette catégorie de pervers. Comment et où les traiter ? Ce sont presque tous des anti-sociaux, des anormaux, plus ou moins impulsifs, incapables de s'adapter à une discipline quelconque : à l'école, ils se font déjà remarquer par leur mauvaise tenue, leur désobéissance, leur mauvais caractère, quoique parfois extrêmement intelligents. Plus tard, leurs tendances s'accusent et l'on constate chez eux une propension plus ou moins marquée au vol, au vagabondage, et, d'une façon générale, à des actes nettement anti-sociaux.

Que faire de ces sujets ? Les interner dans un asile ? Il est impossible de les y maintenir pour des raisons de discipline intérieure et surtout parce que, *quoi qu'on en dise,* leur irresponsabilité totale n'est nullement démontrée. C'est pourquoi je reste assez sceptique, lorsque j'entends proposer, pour ces individus, la rééducation par le travail dans des asiles de sûreté ! Il semble plutôt que des sanctions pénales judicieusement appliquées soient beaucoup plus efficaces et qu'il ne faille maintenir, dans des Etablissements spéciaux, que les individus fortement tarés,

dont les actes revêtent un caractère nettement pathologique et qui constituent un danger véritable pour la sécurité publique.

M. Xavier Abély. — Cette discussion nous laisse l'impression générale qu'il faut avoir suivi ces malades dans un asile de sûreté pour bien les connaître.

L'existence de cette infirmité psychique ne peut faire de doute, lorsqu'on a observé la précocité et les récidives irrésistibles des réactions délictueuses chez des sujets qui ont été élevés dans un milieu d'une stricte moralité. Les limites de ce groupe sont de plus en plus précisées ; on distingue ces pervers de nombreux autres délinquants récidivistes pathologiques, également constitutionnnels, notamment les pervers spécialisés, les intermittents, les débiles sociaux, les violents. Nous n'employons le qualificatif « constitutionnel » que parce qu'il est d'un usage courant ; mais nous ne lui attribuons aucun sens pathogénique. Nous préférons de beaucoup le terme d' « arriéré » antisocial ou amoral, par analogie avec le terme d' « arriéré » intellectuel. Au point de vue médico-légal, nous persistons à penser que déclarer, d'une part, que l'inculpé est un malade incontestable et d'autre qu'il est entièrement responsable, c'est sacrifier sa conviction médicale au soutien d'une doctrine pénale périmée dont les erreurs ne nous sont pas imputables, et ceci pour un résultat nul, car la prison est incapable de protéger la société contre ces anormaux.

Effets de la vagotonine sur 200 aliénés. Etude biologique et thérapeutique, par MM. M. Desruelles, P. Léculier et Mme P. Gardien.

La lecture de récents travaux sur les propriétés de la vagotonine (1) nous a donné l'idée d'observer l'action de cette hormone sur des aliénés, malades qui présentent fréquemment un déséquilibre organo-végétatif.

Nous rappelons brièvement la nature de la vagotonine, hor-

(1) En particulier : D. Santenoise, C. Franck, L. Merklen, M. Vidacovitch : Vagotonine et régulation de la pression artérielle. *C.R. Académie de Médecine,* 26 juillet 1932.

— E. Morelle : Spécificité de l'action hypotensive de la vagotonine. *Thèse Nancy,* 1932.

— Abrami, D. Santenoise et Bernal : Effets de la vagotonine dans l'hypertension artérielle. *Presse médicale,* 1er mars 1933.

— Deschildre : Recherches de pharmacodynamie clinique avec la vagotonine. *Thèse Lille,* 1933.

mone extraite du pancréas, tout à fait différente de l'insuline. et, parmi ses propriétés physiologiques, son action sur l'excitabilité et le tonus sympathiques qu'elle diminue, et sur la pression artérielle qu'elle abaisse lentement et progressivement.

Depuis 4 mois, nos recherches ont porté sur 200 malades, et M. le Dr A. Santenoise ayant bien voulu nous autoriser à faire des observations dans son service, elles ont été effectuées sur 100 hommes et 100 femmes.

Nous avons employé la vagotonine en injections sous-cutanées ; nous insistons sur le fait que nous n'avons eu qu'un incident sans gravité dont la cause est d'ailleurs discutable : chez une malade en traitement, après 4 piqûres, est apparu un léger érythème, localisé à quelques régions cutanées ; il nous a paru si bénin que nous n'avons pas jugé à propos d'interrompre le traitement.

Cet érythème ayant cédé en deux jours, sans médication, et n'ayant été accompagné d'aucun accident d'ordre général, il semble pouvoir être attribué aussi bien à d'autres causes. L'absence de tout accident, général ou local, de tout urticaire, au cours de 350 injections, mérite d'être signalée.

Nous avons étudié, en particulier, les effets de la vagotonine sur la pression artérielle, chez les hypertendus nous avons observé des résultats nets.

Nos recherches sur les modifications de l'excitabilité sympathique nous ont permis de faire des constatations intéressantes.

Il semble que certains groupes de psychopathes puissent bénéficier utilement d'un traitement, soit qu'on agisse sur leur tension artérielle en la régularisant, soit qu'on parvienne à modifier les réactions de leur système organo-végétatif.

Nos essais thérapeutiques sont actuellement en cours, mais nous avons tenu à signaler dès maintenant les améliorations obtenues.

1° *Action sur la pression artérielle.* — Nous avons établi 200 épreuves test suivant la technique qu'a bien voulu nous conseiller M. le Professeur D. Santenoise ; nos malades ont été préalablement mis au repos, alités, et au régime lacto-végétarien réduit pendant 5 jours au moins, *précaution indispensable* pour supprimer l'hypertension de luxe et obtenir la stabilité tensionnelle sur laquelle est basée l'expérimentation. Ce régime a été poursuivi pendant 48 heures à partir du début de l'épreuve test.

Après avoir pris la tension artérielle au Vaquez, à jeun, nous avons fait une injection sous-cutanée de vingt milligrammes de

vagotonine, puis noté la tension artérielle, d'abord de demi-heure en demi-heure, pendant deux heures, puis d'heure en heure pendant les deux heures suivantes ; la tension artérielle a été prise le lendemain matin, c'est-à-dire 24 heures après l'injection, le malade étant de nouveau à jeun, puis 48 heures après, dans les mêmes conditions ; au bout de ce temps, les malades ont repris leur régime de vie habituel et nous avons noté leur tension artérielle 3 jours et 8 jours après l'injection à jeun.

Les traitements ont été faits par des séries d'injections quotidiennes de vingt milligrammes.

Les résultats obtenus sont différents suivant la tension du malade avant le test, tension stabilisée bien entendu.

Chez les sujets à tension normale, c'est-à-dire dont la maxima est voisine de 14 cm. de mercure, les réactions peuvent être classées en deux catégories :

1° La tension artérielle ne varie pas, résultat comparable à celui de MM. Abrami, D. Santenoise et Bernal.

2° La tension artérielle baisse légèrement, jusqu'à 13 ou 12 cm., très rarement au-dessous de ce dernier chiffre. Cette constatation nous paraît très importante ; contrairement à ce que l'on obtient avec les autres hypotenseurs, les baisses de tension provoquées par la vagotonine sont modérées, progressives, physiologiques, et par conséquent inoffensives ; nous n'avons jamais noté d'accidents d'hypotension, la vagotonine peut donc être employée sans danger de cet ordre.

Chez les hypertendus (nous considérons comme tels les sujets dont la maxima stabilisée dépasse 17 pour les hommes et 16 pour les femmes), nous avons obtenu des résultats intéressants. Insistons sur le fait que chez ces malades, le régime et l'alitement ont entraîné, dans 50 % des cas, des chutes importantes de la pression, chutes correspondant à la disparition de l'hypertension de luxe ; mais il n'en est pas toujours ainsi, parfois le repos ne modifie pas la pression, exceptionnellement il l'élève faiblement.

Chez la plupart de nos hypertendus, 39 sur 45, la pression a subi au cours de l'épreuve test une baisse variant entre 2 et 6,5 cm. de mercure ; le plus souvent cette chute se produit de 2 à 4 heures après la piqûre ; dans 3 cas seulement sur 39, on ne l'observe qu'au bout de 8 ou de 24 heures. Dans la moitié des cas l'effet hypotenseur s'est prolongé au point d'être encore très net 48 heures après l'injection. Cependant quelques hypertendus, 6 sur 45, n'ont présenté aucune réaction ; cela n'est pas paradoxal étant donné le mécanisme d'action de la vagotonine. Ce

dernier pourcentage est beaucoup moins élevé que celui de 38 sur 80 signalé par Abrami, D. Santenoise et Bernal ; cette différence s'explique peut-être par le fait que nous n'avons pas de sujets jeunes dont l'hypertension, souvent liée à une artériocapillarite, ne peut être influencée par la vagotonine.

La forte proportion de tests positifs observés chez les hypertendus nous a incités à essayer de traiter des malades de cette catégorie ; les essais thérapeutiques que nous poursuivons sont encore trop récents pour que l'on puisse en tirer des indications précises, actuellement du moins.

Chez les sujets à tension artérielle basse (dont la maxima est inférieure à 12 cm. de mercure), nous avons noté parfois un fait curieux : la pression s'élève ; dans 12 cas sur 78 hypotendus, cette élévation porte à la fois sur la maxima à la minima, et atteint en moyenne 2,5 cm., parfois 3 et même 4 cm. ; elle est progressive, commence généralement une heure après la piqûre et persiste encore 48 heures après. Dans 5 cas, seule la minima s'est élevée de 1 ou 1,5 cm. vers la 2e, la 3e ou la 4e heure ; l'élévation s'est maintenue jusqu'à 48 heures.

Ce fait est à noter puisqu'il coexiste avec l'élévation de la pression dynamique efficace. Mais le plus souvent les sujets à tension basse n'ont présenté aucune réaction ; chez certains, la pression s'est légèrement abaissée.

2° *L'étude des réactions du sympathique* à la vagotonine paraît intéressante ; nous avons rencontré quelques difficultés : l'enregistrement du réflexe solaire au polygraphe exige de la part du malade une patience et un calme peu fréquents chez les aliénés. Nous n'avons pas observé à ce sujet un nombre de malades suffisant pour en tirer des conclusions nettes, mais nous poursuivons l'étude des réactions du système organo-végétatif, sous l'influence de la vagotonine, dans certaines maladies mentales.

Chez quelques malades anxieux, l'injection de vagotonine a fait diminuer et même disparaître le réflexe solaire ; il semble qu'il y ait là une indication thérapeutique dans l'anxiété.

3° *Action thérapeutique sur l'anxiété.* — Au cours des épreuves test nous avons constaté une amélioration chez trois anxieuses dont nous résumons les observations.

Observation I. — Mme L. G..., 63 ans. Délire systématisé chronique. Entrée le 10 mars 1917. Depuis plusieurs mois, anxiété sous l'influence d'hallucinations terrifiantes.

Le jour de l'épreuve-test, une heure après la piqûre de vagotonine,

l'anxiété diminue indiscutablement ; la nuit suivante, la malade retrouve le sommeil disparu depuis plusieurs semaines.

Fortement hypertendue, elle a vu sa tension passer, au cours du test, de 23-11 à 14 1/2-9 et, 8 jours après, la pression, n'était remontée qu'à 17-10 1/2.

Une semaine plus tard, l'anxiété réapparaît.

On la met au traitement deux mois après ; elle reçoit 8 injections quotidiennes de 20 milligrammes de vagotonine.

Résultats identiques à ceux que nous avons notés après le test. Le réflexe solaire, positif avant la première injection, diminue nettement à partir de la 3e et reste très diminué jusqu'à la fin du traitement, 5 jours après, il commence à augmenter. Actuellement, 15 jours après la fin du traitement, elle dort normalement, et reste habituellement au lit, calme ; mais ses idées délirantes et ses hallucinations restent les mêmes.

Observation II. — Mme G. F..., 43 ans, entrée le 17 octobre 1932. Syndrome de Cotard ; alitée depuis son entrée à cause de son agitation anxieuse. Le jour de l'épreuve-test, on a des difficultés à prendre la tension et à faire la piqûre, tant elle est agitée. Une heure après l'injection, elle est calme, et les jours suivants, elle se met au travail ; cette amélioration persiste quelques semaines, puis l'anxiété réapparaît. Au cours du test, la pression artérielle, normale, s'est légèrement abaissée.

On lui fait ensuite un traitement de 8 injections quotidiennes de 20 milligrammes de vagotonine ; l'anxiété disparaît de nouveau, et, actuellement, un mois après la fin du traitement, elle reste calme et travaille ; physiquement, son état est très amélioré, son poids augmente.

Le réflexe solaire, positif avant le traitement, a diminué d'abord pour disparaître complètement vers la fin du traitement. Il n'a pas été repris depuis.

Observation III. — Mme C. L..., 56 ans, entrée le 3 juillet 1933, mélancolique anxieuse, hypocondriaque depuis plusieurs années, dont la pression artérielle, basse, s'est très légèrement abaissée au cours du test, a été améliorée, physiquement surtout, par une série de 10 injections de 20 milligrammes ; son anxiété a diminué notablement ; l'oméga frontal a disparu, elle ne pleure plus, mais conserve ses idées délirantes. Le réflexe solaire a diminué vers la fin du traitement en même temps que la pression artérielle s'est élevée progressivement et lentement, de 8 1/2-6 avant le traitement, à 10 1/2-6 1/2, dix jours après.

Il est intéressant de noter que chez ces trois malades l'anxiété a disparu ou diminué, mais les idées délirantes n'ont pas été modifiées, et que les améliorations coïncident avec la diminution ou la disparition du réflexe solaire.

Cette remarque semble indiquer que la vagotonine agit sur le système organo-végétatif dont le déséquilibre est prouvé dans certaines anxiétés.

Ces résultats encourageants nous ont paru dignes d'être signalés à la Société que nous tiendrons au courant de la suite de nos recherches.

Action de la vagotonine sur le réflexe oculo-cardiaque dans quelques cas d'anxiété, par MM. H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et DOROLLE.

Nous avons traité par la vagotonine plusieurs types d'anxiété chez six femmes d'âges divers, atteintes de confusion mentale ou de mélancolie délirante. Dans trois cas (deux délires mélancoliques et une mélancolie présénile), nous avons suivi méthodiquement l'évolution du réflexe oculo-cardiaque avant l'injection, puis 20 minutes et une heure plus tard. Les injections étaient faites vers 10 heures, quotidiennes à raison d'une ampoule par jour, le total des injections étant de 13 à 15 par malade et la durée du traitement de quinze à seize jours, en raison d'une ou deux interruptions dans la conduite de chaque cure. A titre de témoins, nous avons soumis aux injections quotidiennes de vagotonine deux femmes de 30 et 50 ans, atteintes de délire de persécution chronique peu actif, sans aucune trace d'anxiété.

A. *Action sur le réflexe oculo-cardiaque.* — I) Chez les deux *témoins,* modérément vagotoniques à l'état normal, les réactions à la compression oculaire et le ralentissement du pouls après injection de vagotonine se produisent avec une régularité assez satisfaisante (1). Un fait important est la persistance de l'hypervagotonie chez une des femmes en observation, malgré une interruption de plusieurs jours dans le traitement. Elle apporte la preuve de l'action prolongée de la vagotonine sur le réflexe cardio-modérateur.

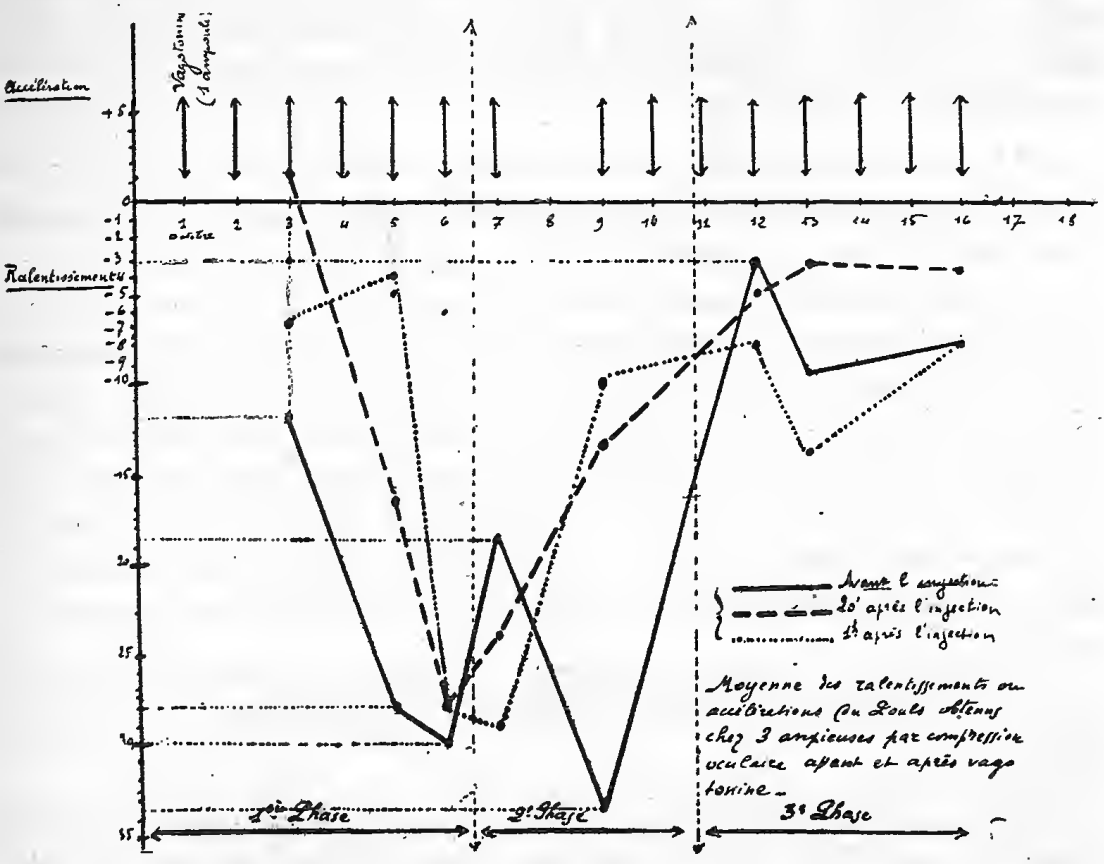
II) Chez les *anxieux* en expérience, les résultats furent différents : trois phases, schématiquement, ont pu être distinguées :

1° DANS LES PREMIERS JOURS DU TRAITEMENT, on assiste à un double phénomène :

(1) SANTENOISE (D.), MERKLEN (L.), PORCH'ER (Y.), VIDACOVITCH (M.). — Action de la vagotonine sur le système nerveux végétatif parasympathique et sympathique chez l'homme. *C.R. Soc. Biol.,* 1932, CX, 617.

a) D'une part, en prenant le R. O.-C. quotidiennement avant l'injection de vagotonine, on constate chaque jour une augmentation de la vagotonie du sujet, beaucoup plus marquée que chez les témoins. Alors que chez ceux-ci, le ralentissement ne dépasse pas 10 à 12 pulsations par minute, chez nos trois malades, le ralentissement maximum a été respectivement de 55 pour l'une dès le deuxième jour, de 45 chez l'autre le 3e jour, de 24 chez la troisième le 6e jour.

b) Par contre, durant toute cette première phase, la réaction



des malades à la vagotonine est *paradoxale ;* la compression agit dans le sens soit d'une accélération, soit d'un ralentissement moindre qu'avant l'injection : cette accélération (absolue ou relative) est parfois transitoire, disparaissant entre 20 et 60 minutes pour faire place au ralentissement ; parfois, au contraire, elle s'accentue dans l'heure qui suit l'injection.

Tout se passe en résumé comme si, chez les grands anxieux, la vagotonine exerçait une double action :

— *immédiate,* paradoxale, mais transitoire, qui paraît extérioriser le déséquilibre neurotonique du sujet.

— *secondaire,* logique et durable, mais beaucoup plus accen-

tuée que normalement, comme si la réponse à la compression chez les anxieux était infiniment plus marquée que chez les sujets normaux.

2° Dans une deuxième phase, deux ordres de faits peuvent également être mis en évidence :

a) D'une part, l'hypervagotonie du sujet, résultat des injections antérieures de vagotonine, persiste, même si le sujet est resté 48 heures sans vagotonine.

b) Par contre, les résultats de la compression oculaire dans l'heure qui suit une nouvelle injection de vagotonine sont différents, selon que l'agitation ou l'état mental des sujets reste stationnaire ou s'améliore :

1° *L'état mental reste stationnaire :* le sujet continue à présenter, dans l'heure qui suit l'injection, une réaction paradoxale avec accélération du pouls par la compression.

2° *L'état mental s'améliore :* une nouvelle injection, chez le sujet déjà fortement vagotonisé, renforce encore le ralentissement à la compression. En d'autres termes, l'action paradoxale disparaît : le sujet se met à réagir à la vagotonine comme un sujet normal. Ce phénomène apparaît sur les graphiques par un croisement général des courbes qui se produisit dans un cas, le 5e jour, dans l'autre, le 7e jour après le début des injections. Mais dès que l'état mental se modifie, l'inversion se reproduit.

3° Dans une troisième phase, on assiste à une sédation de l'hyperexcitabilité avec régularisation des réponses à la compression :

a) Les malades perdent l'excès de vagotonie qu'ils avaient acquise ; la compression oculaire avant l'injection amène bien un ralentissement, mais peu marqué, et se rapprochant de la réponse observée chez le sujet normal.

b) Une nouvelle injection de vagotonine ne donne elle aussi que des variations peu marquées (soit dans un sens, soit dans l'autre).

Tout se passe en somme comme si les injections de vagotonine avaient redonné une partie de son équilibre au système neuro-végétatif.

Deux faits sont à retenir :

1° Cette troisième phase apparaît avec une fixité remarquable : dans deux cas de mélancolie délirante, elle s'est manifestée le 12e jour de la cure (11e injection de vagotonine). Dans un cas de

mélancolie présénile, elle est apparue à la 9e injection (11e jour du traitement).

2° Cette régularisation a été indépendante de l'état mental des sujets.

4° Conclusion. — Dans les 3 cas de mélancolie anxieuse, de types divers, que nous avons étudiés, il a suffi d'une douzaine d'injections pour amener en trois temps une régularisation remarquable du réflexe cardio-modérateur ; après une phase d'hyperréactions plus ou moins paradoxales la vagotonine discipline les réactions dans le sens d'une hypervagotonie, pour atténuer en dernier lieu l'hyperexcitabilité et donner par compression oculaire des réactions se rapprochant davantage de celles du sujet normal.

B. *Action de la vagotonine sur l'état mental des sujets.* — Nos 6 cas se répartissent ainsi : confusions anxieuses : deux cas ; mélancolie présénile : 1 cas ; délires mélancoliques (idées d'autoaccusation ou d'indignité ; méconnaissance systématique) : 3 cas.

Dans une première série de 3 cas, nous avons observé une très nette amélioration chez une mélancolique délirante et anxieuse de 37 ans dont l'état avait résisté au laudanum et à l'angioxyl. De même, chez une jeune fille de 25 ans, entrée pour une confusion anxieuse de date récente, il y eut très rapidement une sédation de l'anxiété, la confusion ayant persisté. Enfin, nous avons traité une femme de 36 ans, internée depuis trois mois pour un état de confusion anxieuse subintrante, lui-même consécutif à une encéphalite psychosique suivie à l'Hôpital Henri-Rousselle en novembre 1932 ; une première injection de vagotonine pratiquée en juin 1933, amena une sédation brusque de l'anxiété. Quelques autres injections furent, par contre, inefficaces. Récemment, elles furent reprises, sans résultat appréciable.

Dans une seconde série de 3 cas, — ceux qui furent suivis au point de vue du réflexe oculo-cardiaque, — une amélioration du comportement se dessina chez une femme atteinte de mélancolie présénile, avec anxiété diffuse, cris, agitation, raptus vaso-moteurs, refus partiel d'aliments. Sous l'influence des premières injections, la malade devint plus calme, accepta de s'alimenter, mais cet état ne se confirma pas. L'agitation reprit, — quoique l'alimentation fût redevenue possible. Dans un deuxième cas, l'amélioration fut rapidement considérable : disparition de l'anxiété, et des idées délirantes, retour au calme, reprise de menues occupations. Mais, là encore, l'amélioration ne se confir-

ma pas. L'agitation nocturne d'abord, reprit. Les idées délirantes reparurent.

Dans le troisième cas enfin, l'état demeura stationnaire.

C. *Conclusions.* — Au total, dans les cas que nous avons observés et aux doses utilisées, la vagotonine détermine : 1° au point de vue *physiologique,* une régulation du réflexe cardio-modérateur ; 2° au point de vue *clinique,* des modifications inconstantes de l'état anxieux. Une fois, elle a été le point de départ d'une amélioration qui a abouti à la sortie deux mois plus tard. Dans les autres cas (dont certains sont encore en observation et dont le traitement a été interrompu pour des raisons matérielles), l'anxiété a été plus ou moins influencée, mais l'amélioration de l'état mental n'a pas persisté. Il est permis de penser que l'activité de ce nouveau produit s'affirmera davantage à mesure que sa posologie sera mieux définie. Des déterminations du réflexe oculo-cardiaque, en révélant d'une part le degré de l'hypervagotonie obtenue, et, d'autre part, le sens de la réaction consécutive à chaque injection, aideront, croyons-nous, en dehors de toute interprétation pathogénique du réflexe cardio-modérateur, à déterminer les doses nécessaires.

M. Paul Abély. — J'ai tenté, en 1930, d'isoler une forme spéciale de mélancolie présénile que j'avais appelée mélancolie pancréatique. Entre autres symptômes, on rencontrait des signes d'insuffisance pancréatique et surrénale, des variations importantes de la tension artérielle avec hypertension habituelle de la sympathicotonie.

J'avais essayé à ce moment-là l'Angioxyl avec quelques succès et je manifestais l'espoir que peut-être la vagotonine donnerait des résultats plus nets. Un an après, D. Santenoise me confia quelques premières ampoules de vagotonine qui n'étaient pas encore complètement débarrassée d'insuline.

Je pus néanmoins constater une action très nette sur la tension artérielle et parfois sur l'anxiété. J'eus surtout l'occasion de remarquer, après avoir traité ainsi différents états mélancoliques, que la vagotonine agissait presque exclusivement sur les états de mélancolie d'involution.

M. Desruelles. — L'intéressante communication de MM. Claude, Dublineau et Dorolle est un complément opportun à l'exposé que je viens de faire. Avec mes collaborateurs, nous

n'avons étudié jusqu'ici que les effets de la vagotonine sur la pression artérielle (200 tests) le réflexe solaire et l'anxiété.

A propos de la remarque de M. Abély, on peut espérer pouvoir isoler parmi les anxiétés (en particulier parmi celles de la ménopause et de la présénilité) celles où le déséquilibre organo-végétatif en rapport avec des insuffisances endocriniennes pluriglandulaires pourraient bénéficier d'un traitement par la vagotonine.

Sur le traitement de l'azotémie de certaines psychoses aiguës, par MM. Mares CAHANE et Tatiana CAHANE (*Hôpital de maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin*).

Dans une note antérieure nous avons montré que dans certaines psychoses il y a une azotémie et une hyperazotorachie en même temps que le chlore sanguin reste dans les limites normales ou légèrement diminué et que le chlore du liquide céphalo-rachidien est augmenté.

Chez ces malades, nous n'avons pu mettre en évidence de lésions rénales. Dans la plupart des cas, l'élimination du chlore et de l'urée fut diminuée ou comprise entre les limites normales. Dans un cas sur cinq, nous avons pu mettre en évidence des traces d'albumine. L'examen du sédiment ne nous a donné aucune indication.

Dans ces cas on ne peut pas expliquer l'azotémie par le manque de sel.

Toulouse, Marchand et Courtois cherchent aussi une explication pour l'azotémie qui est un des signes importants pour le pronostic. Les auteurs rappellent d'abord qu'on pourrait supposer le même processus que dans les autres maladies fébriles, où interviennent peut-être des troubles rénaux ou une lésion hépatique. L'exagération des échanges azotés et le trouble de l'élimination de ces produits est également possible. Une autre hypothèse est l'existence d'un centre infundibulaire régulateur du métabolisme azoté qui aurait été lésé par le virus encéphalitique.

Dans le même ordre d'idées, il faut rappeler que Richet fils et Dublineau ont cherché à démontrer l'existence de ce centre par des expériences sur des lapins. — Si dans la majorité des cas de psychose encéphalitique l'augmentation de l'azotémie indique la marche fatale de la maladie, pourquoi ne pas essayer de modifier le chiffre de l'urée sanguine ?

Ces considérations nous les avons faites à l'occasion d'un cas où la fonction rénale défectueuse nous a déterminé à hésiter à employer le traitement par le sérum salé.

M. D., femme âgée de 28 ans, entre à l'hôpital dans un état d'agitation avec onirisme et fièvre, 38°-39°5. On pose le diagnostic d'encéphalite psychosique azotémique primitive. Les examens suivants furent pratiqués.

	Sang		Urine					
	Urée du sang	Cl. glob.	Cl. plasmatique	Diurèse 24 heures	Urée	Chlore	Albumine	Observations
24-II..	0,64 °/oo	2,27	4,12	250 gr.	12,20 °/oo	3,70	0	Injection
25-II..	1,14 »	—	—	—	21 »	2,25	0	de sérum
26-II..	1,16 »	2,02	4,04	350 »	—	—	0	psysiolo-
27-II..	0,96 »	—	—	400 »	24 »	3,60	0	gique
28-II..	1,04 »	2,30	3,91	600 »	15,6 »	5,25	—	Traces d'albu-
29-II..	—	—	—	—	6,20 »	2,14	—	mine cystite

L'état de la malade s'aggrava, on constata une pyurie importante et une pyélonéphrite.

						Chlore	Albumine
2-III....	2,60	—	—	50cc	5,0	négatif	3,0 gr. °/oo
3-III....	3,60	—	—	anurie	—	—	—

On a essayé le sérum glucosé par voie intraveineuse, sous-cutanée, rectale, des diurétiques, des tonicardiaques, etc., cependant la malade a succombé.

Ce cas nous a déterminé de poursuivre de près les malades avec azotémie.

	Sang			L. C.-R.		
	Urée	Cl. glob.	Cl. plasm.	Cl	NaCl	Urée
Laszló	1,12	2,62	4,41	5,04	8,30	1,08
Traitement avec le sérum physiologique :						
	0,86	2,35	4,35	—	—	0,86
	0,36	2,15	3,19	4,47	7,30	0,24
	—	2,48	4,03	—	—	—

Le malade qui a présenté une confusion mentale avec agitation et fièvre fut amélioré et puis après 4 semaines fut guéri.

La malade suivante a présenté une forme semblable :

	Urée	Cl. glob.	Cl. plasm.	L. C.-R. Clore	L. C.-R. ClNa
	—	—	—	—	—
Bomher	0,80	2,13	3,34	5,18	8,54

Après le même traitement, l'état s'est amélioré et l'azotémie tomba à 0,60 puis 0,48 0/00.

	Urée du L. C.-R.	Urée du sang
	—	—
Cas 9	0,64	0,76
Après le traitement	0,28	0,32
Cas 10	0,82	1,08
Après le traitement	0,42	0,56

Il faut aussi rappeler que nous avons eu un cas de psychose encéphalitique avec urée, 2,40 0/00, où le sérum salé n'a influencé ni l'azotémie, ni l'état général. La malade a succombé, et, à l'examen histopathologique du cerveau, nous avons trouvé les lésions décrites par Toulouse, Marchand et Courtois (1).

Chez une autre malade avec confusion mentale d'origine pelagreuse, bien que nous ayons déterminé un abaissement important de l'azotémie de 2,86 à 0,75 0/00, l'état général ne fut pas influencé et la malade a décédé.

L'examen des dosages de chlore et d'urée du sang, du liquide céphalo-rachidien et de l'urine nous montre que l'organisme du malade ne perd pas le sel. L'élimination du sel par l'urine diminue, et le chlore du liquide céphalo-rachidien augmente. Nous croyons que l'azotémie a déterminé un déplacement du sel vers les tissus.

La détermination du chlore cérébral nous a convaincu que dans la majorité des cas il existe une chloropexie. Nos résultats montrent que dans la majorité des cas de maladie mentale on trouve une augmentation du chlore de la substance grise du cerveau (2).

Quand nous avons une augmentation du chlore dans l'organisme, un déplacement du chlore vers les tissus, une chloropexie tissulaire, peut-on essayer d'introduire une nouvelle quantité de chlore dans l'organisme ?

(1) Comm. au Congrès roumain de Neurologie, Psychologie et Endocrinologie, Diciosânmartin, 1931.

(2) Le chlore cérébral dans certaines psychoses. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 5, décembre 1932.

*
**

Avant de donner une réponse à cette question, nous croyons qu'il est intéressant d'indiquer les constatations qu'on a faites dans d'autres maladies.

M. Robineau (1) constate que parmi les causes de la mort après l'opération sur l'estomac interviennent surtout les rétentions d'urée dans le sang. Avec Max Lévy, il a trouvé chez tous les adultes opérés, indépendant du mode d'anesthésie, les reins étant indemnes de toute altération avant l'opération, une augmentation de l'urée sanguine.

Cette poussée d'urémie cède spontanément dans la grande majorité des cas ; en effet, elle est essentiellement en rapport avec l'oligurie relative consécutive aux opérations et disparaît au moment où la diurèse se rétablit. Mais parfois, au lieu de rétrocéder, l'urée augmente et atteint 1 gr. ou 1 gr. 50. Aucun signe clinique et le bon état du malade n'inspire aucune inquiétude. Un matin, on le trouve mal à l'aise, fatigué, etc., l'oligurie s'accentue.

Quand les troubles sont installés, ils évoluent vite et après un ou deux jours, le malade succombe après une période d'agitation et de délire ou de coma.

Max Lévy trouve que l'urémie post-opératoire s'accompagne d'une diminution du chlore du plasma et des globules rouges ; en même temps, il y a une chute très accentuée du chlore dans les urines.

Ou le chlore est en quantité insuffisante dans l'organisme ou bien il s'est fixé dans les tissus et les échanges se font mal puisque l'élimination est considérablement réduite. Les auteurs donnent l'indication impérieuse d'injecter du sel et obtiennent une chute rapide du taux de l'urée et le rétablissement de la diurèse.

*
**

Nous croyons que les choses se passent d'une manière semblable, surtout dans certaines psychoses aiguës. En même temps que les troubles mentaux qui se sont installés à la suite d'une infection, d'une intoxication ou d'une modification d'une fonction endocrinienne, on doit penser aux troubles fonctionnels des différents organes et surtout des reins.

Très probablement que l'évolution fatale de beaucoup de psy-

(1) *Presse Médicale*, n° 16, 25 février 1933.

choses aiguës est influencée par les troubles fonctionnels des reins qu'on peut mettre en évidence par l'augmentation de l'urée et la perturbation de la répartition du chlore. A côté des dosages répétés d'urée, on doit rechercher le chlore du liquide céphalo-rachidien et l'élimination du chlore par l'urine.

Si l'urée sanguine indique l'évolution fatale de la maladie, l'étude du métabolisme chloré nous trace la ligne de conduite thérapeutique.

La chloruration de l'organisme n'est pas un traitement de la psychose mais des autres troubles qui l'aggravent. Par ce traitement on ne peut pas guérir la psychose, on modifie seulement l'état général du malade, en facilitant l'évolution et la guérison de la maladie.

On peut introduire la chlorure de sodium *per os*, sous forme de sérum hypertonique ou mieux isotonique. La quantité du sel peut atteindre jusque 10 gr. par jour, mais on doit surveiller le rythme de l'élimination par l'urine et la diurèse.

Nous avons donné des résultats préliminaires et nous nous proposons de poursuivre les recherches.

Deux cas d'hypomanie avec délire d'imagination,

par M. C. Popa Radu (de Jassy).

C'est sous le nom de délire d'imagination que Dupré et Logre (1), au Congrès des aliénistes et des neurologistes de langue française à Bruxelles-Liége, qui a eu lieu au mois d'août 1910, ont proposé de désigner ces délires qui intéressent « d'une manière élective l'imagination reproductrice et surtout créatrice ».

Le délire d'imagination diffère du délire hallucinatoire, qui est le résultat de perceptions pathologiques, et du délire d'interprétation, qui résulte d'un faux raisonnement, par la façon de se produire, par « la constatation immédiate de la création imaginative sous la forme de la fabulation extemporanée ».

Les cas que nous publions, quoique s'étant développés chez une hypomaniaque et dans une psychose maniaque-dépressive en phase d'hypomanie, sont cependant très intéressants comme nature imaginative des conceptions délirantes, surtout au point de vue des tendances et des actes en rapport avec les idées délirantes.

(1) Dupré et Logre. — Les délires d'imagination. *L'Encéphale*, 1911.

Observation I. — S. S..., âgée de 23 ans, internée à l'hôpital de Socola, le 3 octobre 1913, parce qu'elle menait une vie déréglée et parcourait les rues vêtue d'une façon excentrique, sans se rendre compte de ce qu'elle faisait. Elle se prétend en relations avec des personnalités de la haute société, elle pose, enfin, pour la Princesse Kalmuski, engage des domestiques, possède une fortune immense et voudrait fonder des sanatoriums, etc.

Antécédents. — Les parents sont encore en vie, ils sont âgés et sains. Il n'y a entre eux aucun lien de parenté, pas d'aliénés dans la famille. La malade n'a qu'un frère, qui est en bonne santé.

Comme enfant, elle a joui d'une bonne santé et n'a pas eu de maladies infectieuses, elle était vive et turbulente. Formée à 13 ans, perdant une petite quantité de sang, ses règles sont, depuis, régulières, un peu douloureuses et durent de 4 à 5 jours. La jeune fille a achevé ses études élémentaires et a travaillé ensuite dans différents ateliers de confection. Elle perd sa virginité à dix-sept ans, et donne le jour à un enfant. C'est depuis lors que sa vie se dérange, elle mène l'existence d'une chanteuse de café-concert, dans diverses localités.

Examen somatique. — De taille moyenne, bien constituée physiquement, tête ronde, les cheveux châtains, épais, coupés court, la figure ovale, le front large, les yeux symétriques, les pupilles égales, l'iris de l'œil droit est vert, celui de gauche est brun. Les sourcils bien fournis, un petit nez pointu, la bouche moyenne, les dents régulières, bien plantées, de petites oreilles, le tissu cellulaire sous-cutané en abondance, la musculature développée, le système pileux peu développé, la sensibilité plus accentuée dans certaines régions du corps, le long de la colonne vertébrale, dans la région des cuisses, dans la région plantaire. Elle souffre parfois de douleurs à l'abdomen, ayant eu une métrite. Les sens et les réflexes sont normaux. La malade ne s'agite pas trop, elle est calme et ne gesticule qu'en parlant, lorsque ses mains tentent de rendre ses paroles plus persuasives. La glande thyroïde ne semble pas trop agrandie, le tissu adipeux étant assez développé. Les appareils digestifs et cardio-pulmonaires sont normaux, le pouls est fréquent et dur.

Historique de la maladie et l'examen psychique. — La maladie actuelle s'est manifestée après la campagne de Bulgarie, en 1913. La malade prétend avoir servi comme infirmière de la Croix-Rouge. Selon les informations fournies par la Sûreté générale, elle se trouvait, en effet, en Bulgarie, à la fin de la campagne, mais pratiquait la prostitution. C'est depuis cette époque qu'elle s'habille en infirmière, portant sur la poitrine, comme insigne, une croix surmontée d'une couronne et disant que c'est une haute distinction accordée à l'aristocrate qu'elle est devenue : Princesse Kalmuski. Interrogée au sujet du costume qu'elle porte maintenant, elle répond qu'au moment de la mobilisation, elle a séjournée durant quinze jours à Bucarest, qu'elle

s'est rendue ensuite à Craiova chez Mme la Générale G., s'est fait engager comme infirmière et qu'elle s'est rendue de là à Orhania. « Ce sont les services que j'ai rendus qui m'ont valu cette haute distinction, qui n'est décernée qu'aux personnes de l'élite. » A son retour à Bucarest, elle est descendue tour à tour dans divers hôtels, faisant des dépenses et des achats en ville, sous le nom de Princesse Kalmuski. Les journaux se sont occupés, à l'époque, des exploits de cette fausse princesse. Poursuivie par la police, elle est partie, et partout où elle passait, sous le nom de la princesse Kalmuski, elle continuait à abuser de la confiance des gens, auxquels elle faisait dépenser beaucoup d'argent en bons dîners et promenades en voiture. Questionnée au sujet de ses dettes de Bucarest, elle répondait que tout avait été réglé grâce au Prince M., ou à un inspecteur de police, qu'elle connaissait bien. D'ailleurs : « j'étais solvable, car je possède de l'argenterie qui provient du magasin de Radivon et des bagages déposés au Sanatorium M. et chez Mme F. de Caraiova ». Elle raconte diverses aventures galantes concernant un Colonel russe qu'elle a connu à Odessa et qui lui a fait plusieurs cadeaux précieux. En septembre, elle retourne à Jassy, à la Librairie Socec, elle achète des livres qu'elle fait expédier contre remboursement à Kichinew. Elle se présente aux autorités de la ville de Jassy, et, comme elle est très riche, demande les renseignements nécessaires pour pouvoir faire des donations aux œuvres de bienfaisance. Elle s'est présentée chez le Docteur R., à cette époque-là administrateur des biens de l'hôpital de St-Spiridon., et à demandé à voir les actes de donation de son beau-père, le vieux Kalmuski. Elle justifiait cette demande par le désir qu'elle avait de disposer de quelques centaines de mille lei lui appartenant, pour subvenir aux besoins des tuberculeux de l'Hôpital, et pour fair ériger, dans la cour de l'Hôpital, une statue du vieux Kalmuski. Un autre jour, elle s'est présentée à l'Hôpital de Socola, où elle s'est entretenue fort délibérément avec le soussigné et elle a manifesté le désir d'acquérir une grande propriété destinée à un asile pour les tuberculeux. A Iassy, elle engage des serviteurs et diverses autres personnes qu'elle retient pour son service personnel. Ses excentricités lui valent d'être internée à l'Hôpital de Socola, à la demande de son frère. A l'Hôpital, la malade est calme et fort contente qu'on veuille s'intéresser à elle. Elle suit avec beaucoup d'intérêt toute conversation et répond avec amabilité. Dès qu'on fait la moindre allusion à une personnalité marquante, elle se met à raconter diverses aventures galantes. Si on lui demande comment il se fait qu'elle soit devenue Princesse Kalmuski, elle répond que c'est au Sanatorium Olchovski, où elle était infirmière, qu'elle a connu le Prince qui, étant malade, a reçu ses soins. Un jour, le prince lui a offert un médaillon. En ouvrant ce médaillon, elle y trouva un petit mot : le Prince lui demandait sa main. Peu de jours après, ils sont partis tous deux pour Corcova, le domaine du Prince, sis dans le district de M. C'est là que les fiançailles ont eu lieu. Après quoi ils sont revenus à Bucarest, pour

un séjour de trois jours, durant lesquels le Prince s'est rendu à Craiova. « A son retour, nous sommes partis ensemble pour Iassy, d'où le Prince s'est rendu à Cahul, en Bessarabie, tandis que je suis restée à Iassy, pour les fêtes juives qui ont lieu en automne.

Elle raconte très couramment, avec conviction, et n'admet pas qu'on la contrarie. Elle trouve toujours une réponse appropriée lorsqu'on veut lui faire reconnaître certaines de ses contradictions, comme, par exemple, lorsqu'on lui prouve, actes en mains, qu'elle n'a pas eu d'enfant, tandis qu'elle vient de déclarer en avoir eu deux... Sur le champ, la malade nous explique que ces enfants sont issus d'un premier mariage avec un certain T., qu'ils sont à Bucarest et que personne n'est au courant de leur existence. Ses manières à l'intérieur de l'Hôpital ont provoqué une dispute entre deux infirmières, dont l'une ne voulait pas ajouter foi à tous ces racontars, tandis que l'autre, induite en erreur par les grands airs de la patiente, était persuadée que c'était une vraie princesse.

La malade raconte avec un réel talent les aventures et les relations intimes qu'elles a eues avec divers personnages importants du pays, qu'elle prétend avoir connus et tutoyés. Lorsqu'elle aura quitté l'Hospice, elle promet de nous envoyer de jolies étrennes de Russie, où elle jouit d'une situation brillante, grâce à ses hautes relations. Elle est orientée dans le temps et dans l'espace, elle reconnaît toutes les personnes qui l'entourent. Elle calcule facilement. Pendant la journée, elle chante, travaille, et parfois essaye d'écrire des petits poèmes ou des nouvelles. Ses mémoires permettent de nous documenter sur la manière dont son imagination travaille :

« Je suis née le 20 mars 1890. J'ai commencé mes études à l'âge « de huit ans, en 1902. Ensuite, j'ai suivi les cours de l'école profes- « sionnelle de St-Sava, à Iassy, et les ai terminés en 1906. Après quoi, « j'ai été engagée comme maîtresse de broderie d'art chez M. F. B., de « la rue Golia. Chaque matin, quand je me rendais à l'atelier, je ren- « contrais un jeune homme, M. A. M., contrôleur de la Compagnie des « Tramways Electriques de Iassy. Il me faisait une cour assidue « et passait continuellement devant les fenêtres de l'atelier où je tra- « vaillais. J'étais jeunette, je n'avais que dix-sept ans, aussi je me « pris à l'aimer comme aiment les jeunes filles à cet âge-là. Le fruit « de notre amour fut un bébé de sexe masculin. Par crainte des suites « honteuses de mon aventure, je suis partie pour Berlad chez mes « parents. C'est la même année, en 1908, que je me suis fait engager « dans une troupe d'opérettes. Cette Compagnie fait de mauvaises « affaires, aussi, je me trouvai, en juin 1909, libre de tout engagement, « à Braila. Par la suite, j'ai eu un engagement de chanteuse au café « chantant « Consum », de Braila. C'est là que j'ai connu un lieute- « nant du 11e régiment de cavalerie dont je suis devenue la maî- « tresse, et qui, durant les sept à huit mois de notre liaison, m'a « empêchée de poursuivre la carrière que j'avais choisie. Un duel

« de mon amant, me força de partir pour Craiova, toute seule. Son « adversaire était un lieutenant du 3e régiment d'artillerie, il « s'appelait V. O. Tous les camarades de mon ami l'avaient dissuadé « de se battre pour une femme de mon espèce, mais il leur avait « répondu que j'étais la fille naturelle d'un Général de cavalerie, et « qu'il tenait ceci de sa propre mère qui avait été en pension avec « la mienne. Ma mère était originaire de Braila, née Finkelstein, « mon père était vétéran, décoré de plusieurs ordres.

« J'ai quitté Braila en 1910 pour aller à Craiova, où pendant « 4 jours, j'ai fait partie de la troupe du théâtre de variétés « Bohn ». « C'est là que je devins la maîtresse du major E. P. Notre liaison « dura jusqu'en 1911. A ce moment-là, j'avais un appartement de « trois pièces : salle à manger, chambre à coucher, salon et cui- « sine. C'est à Bucarest que j'ai habité rue Fantanei, 109, d'où j'ai « déménagé pour aller rue Maramures, 19, là-bas, j'avais comme « voisin M. I. T., capitaine de la Garde Royale. C'est lui qui m'a « renseignée sur le major E. P. Ce dernier était marié et le capi- « taine me demanda d'être sa maîtresse. « Non, je n'accepte pas « d'être votre maîtresse », ai-je répondu, « mais je veux bien être « votre femme légitime. » Il m'a répliqué que c'était impossible, vu « que j'étais Juive et que je n'avais pas de dot. « Je prends la « responsabilité de résoudre cette question », lui ai-je répondu. J'ai « été trouver le Général N. P. qui était secrétaire au Ministère de la « Guerre, il a demandé une dispense à S. M. le Roi. Elle m'a été « accordée grâce aux actes de mon père qui sont en ma possession, « et le 29 juin 1911, je me suis unie au capitaine I. T. Le Général « N. P. lui-même a été notre témoin.

« Nos dissentiments conjugaux m'ont forcée de me séparer. J'ai « pris ma petite fille, j'ai confié mon fils aux soins du colonel N. « et j'ai obtenu un emploi au Sanatorium O. Là-bas, ayant contracté « une maladie de cœur, pour en guérir, j'ai dû aller au sanatorium « G. A. J'ai connu le Prince Kalmuski au Sanatorium Olchovski et « nos fiançailles y ont eu lieu le 22 août. Après quoi, nous nous « sommes rendus à Jassy, d'où mon fiancé est parti pour Cahul, en « Bessarabie. Voilà mon histoire jusqu'à ce jour. La veille, étant « allée voir le Préfet de police pour lui demander un billet gratuit « pour Bucarest, j'ai été aussitôt arrêtée et transportée à l'hospice. « Voilà ce que je soutiens et je signe. — Suzanne I. T., née Suzanne S., « infirmière, décorée de l'Ordre La Couronne de Roumanie. »

Peu à peu la malade est devenue plus calme, et, finalement, elle s'est décidée à ne plus faire étalage de son titre de princesse. Elle a quitté l'hôpital le 8 janvier 1914 pour rentrer dans sa famille. J'ai revu plusieurs fois la malade, elle continuait à être excentrique dans sa tenue et ses agissements, elle se flattait toujours d'avoir de hautes relations. Elle avait avec elle un jeune enfant, qu'elle prétendait sien. Chose invraisemblable.

En 1915, elle revint une fois de plus à Iassy et se donnait à nouveau pour la Princesse Kalmuski.

D'après les faits que nous venons d'exposer ci-dessus, on peut tirer la conclusion que l'imagination de la malade a eu une part prépondérante dans le développement de la mythomanie délirante, de sorte que, lorsque la malade s'est forgé des idées mythomaniaques sous l'influence de l'excitation maniaque ou pour toute autre raison, elle a systématisé ses idées, ce qui a provoqué une manière d'agir adéquate, et c'est ce qui a motivé son internement à l'asile.

Plus tard, la malade, forte de cette noblesse imaginaire, a tenté souvent de s'en servir pour en tirer profit.

J'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois la malade, elle se distingue toujours par cette mythomanie avec délire de l'imagination, mais comme son état n'entraîne plus de conflit d'ordre public, elle n'a plus été internée.

Observation II. — E. S..., âgée de 23 ans, internée à l'hôpital de Socola, le 13 juin 1915, parce qu'agitée. Elle avait quitté le domicile de ses parents, pour demeurer à l'hôtel, où elle se faisait passer pour infirmière.

Antécédents. — La mère de la malade est morte depuis longtemps. Elle a une sœur et un frère. Son père est un déséquilibré, qui s'exprime comme il suit à l'égard de sa fille et à l'égard du monde : « Depuis quelques années, ma fille court après les hommes, elle a « le sang en feu, et pas d'eau pour l'éteindre. Il faudrait lui prescrire uniquement des légumes et des laitages, du reste, je suis « certain que le monde entier durerait éternellement si on ne mangeait jamais de viande. » Il se donne pour l'homme le plus mystique de l'univers et assure qu'il possède le secret de la vie éternelle et qu'il a des documents qui, au moment voulu, le rendront célèbre. « Jusqu'à l'âge de 13 ans ma fille se portait bien, elle était « très alerte, elle était intelligente. Elle possédait une large compréhension des choses et elle était une bonne ménagère, on l'aimait « bien pour toutes les qualités qu'elle avait comme enfant. C'est à « l'âge de 13 ans que, pour la première fois, elle a été malade. Des « symptômes d'anxiété et de colère se sont manifestés, sans fin et « sans raison. Elle était irascible, elle a été internée dans deux « hospices d'aliénés, où elle est restée pendant six mois et demi. « Elle en est sortie et sa conduite fut normale pendant un an. « Ensuite, elle eut une rechute et on a été obligé de l'interner « encore pendant cinq mois. Après un an, pendant lequel sa santé « fut presque normale, elle a été à nouveau malade, manifestant des « symptômes de mélancolie. Au bout de sept mois, et contre toutes

« les prévisions des médecins, elle a été guérie. » Voilà ce que raconte le père. Il est tout près d'expliquer cette guérison par un miracle ou tout au moins l'attribuer à la visite qu'il a faite à sa fille, à l'hospice. Cette amélioration a duré un an et demi, après quoi la maladie s'est de nouveau emparée d'elle, qui a quitté la maison et a erré pendant trois mois, sans que personne sache où elle se trouvait. Durant ces trois mois, elle a essayé plusieurs métiers : modiste, vendeuse, mais vainement. Elle se fait interner à nouveau pour huit mois. Son père était parti en Amérique, et à son retour il l'a reprise avec lui et ils se sont rendus ensemble à Iassy, en octobre 1914. A Iassy, jusqu'au mois de mai 1915, elle s'est bien portée, mais elle a eu des avatars. Son père suppose que c'est à ce moment-là qu'elle a perdu sa virginité. Elle est allée plusieurs fois à Bucarest, elle en est revenue, refusant de demeurer chez son père, elle s'est installée à l'hôtel, sa conduite fut telle qu'elle motiva un nouvel internement.

Examen somatique. — De taille moyenne, elle est organiquement bien constituée. La tête est de grandeur normale, plutôt brachicéphale, la couleur des cheveux est châtain foncé, ils sont épais, longs et bien plantés. Le visage présente un diamètre transversal, plus grand comparativement au diamètre longitudinal. Le maxillaire inférieur étant trop petit par rapport au reste du visage, celui-ci donne l'impression d'être aplati transversalement. La distance entre les yeux est plus grande que la normale. Les yeux sont taillés en amande, ils sont de même grandeur, l'iris est brun, les sourcils sont noirs et bien fournis, le nez est régulier, les narines légèrement pincées, les oreilles sont symétriquement disposées, on remarque le tubercule de Darwin, la bouche est régulière, la voûte du palatin est ogivale, les dents bien plantées, régulières, deux molaires manquent, le cou est rond, le corps thyroïde est visible à l'inspection et se sent lorsqu'on le palpe, les lobes surtout, qui comme volume, sont grands. Le thorax est bien développé, les seins sont égaux, grands et flasques. Le système pileux est bien développé, surtout dans la région pubienne et axillaire, les sens sont normaux. L'appareil génito-urinaire ne présente pas de maladies, la malade ne ressent pas de douleurs dans la région des ovaires. Elle a été formée à l'âge de treize ans, et les règles continuent régulièrement, sans douleur, elle a souvent de la leucorrhée.

Etat psychique (impressions générales). — A première vue, la malade nous donne l'impression générale d'un être sain. Elle répond clairement à toutes les questions, se trouve bien orientée dans le temps et l'espace. Elle reconnaît les gens qui l'entourent. On trouve en bon état la mémoire de l'évocation, de la conservation et du repère. Sitôt internée, elle a endossé une blouse, disant qu'elle a été engagée comme infirmière et justifiant cette situation en nous montrant divers papiers sans importance. Elle visite les malades en

compagnie de l'interne. De temps en temps, elle nous demande si, par hasard, elle n'est pas internée. Lorsqu'on lui affirme qu'en effet, elle est internée, elle nous dit que la faute en est à son père qui est bien plus malade qu'elle. Elle l'accuse d'avoir attenté à sa pudeur. Elle est fort sociable et préfère la compagnie des hommes. Quand elle leur parle, elle se frôle à eux, plonge ses regards dans les leurs, s'empare de leur main, s'agite et fait la coquette en cette occasion. La malade présente une autophilie spéciale. Elle se croit très intelligente, et s'imagine que tous les hommes qui sont à l'hospice, y compris le médecin lui-même, sont amoureux d'elle. Tous l'aiment et pour elle donneraient leur vie. Mais elle s'obstine à ne pas leur céder. « Ils me laissent froide. », dit-elle, en parlant d'eux. N'importe quel geste, n'importe quelle parole, sont interprétés comme autant d'hommages à elle adressés. Elle raconte avec volubilité et sur un ton plein de naturel, avec ou sans à propos, à peu près la même histoire. C'est-à-dire qu'elle a été infirmière, que, comme telle, elle a été jusqu'en Allemagne, elle a été artiste également et a joué les reines au cinéma. Elle raconte encore qu'elle a été gouvernante et qu'elle s'est fiancée à Berlin avec un docteur, au front actuellement. Pour prouver la véracité de ses dires, elle exhibe des échantillons d'étoffes que son fiancé lui a envoyés afin de faire un choix pour leur prochain mariage. Elle garde soigneusement tous ces échantillons dans sa pochette. Elle ne souffre pas qu'on la contrarie, et ne cesse de s'affairer tout le long du jour. Parfois, elle chante, et s'imagine qu'elle possède une belle voix. On l'a entendue à l'occasion d'une fête qui a eu lieu à l'hospice, elle y a chanté des chansonnettes et des romances et elle a dansé des danses de fantaisie. Durant la fête, elle a été pétulante et faisait grand cas de ses qualités. Quand les autres malades chantaient ou récitaient des vers, elle se bouchait les oreilles, en disant : « Ouf ! Ce n'est pas joli ! »

Après une période d'accalmie, la malade a été reprise par son père. Elle a pris congé de nous et a quitté l'hôpital le 27 août 1915. Actuellement, elle souffre à nouveau d'une légère dépression nerveuse, qui ne nécessite pas l'internement.

Pour conclure il nous faut mentionner ces derniers faits : les deux malades possèdent les stigmates de dégénérescence physique et psychique. La seconde surtout a un passé psycho-pathologique héréditaire et personnel assez chargé. Au cours des observations faites, on voit clairement la création imaginative sous la forme de fabulations extemporanées. Un fait curieux se manifestant chez les deux malades, c'est l'idée, créée par leur imagination, qu'elles sont des infirmières. Ceci pourrait s'expliquer, jusqu'à un certain point, par le fait que les premiers symptômes de cette maladie se sont manifestés, pour la première malade, pendant la campagne de Bulgarie, en 1913, et pour la

seconde, au moment de la guerre européenne, en 1914. Le développement de faits et les conséquences d'une guerre ont frappé leur imagination de la même manière qu'est frappée l'imagination d'un enfant qui s'identifie aux héros des contes qu'il entend. Chez les deux malades on constate que l'hypomanie a mis en évidence leurs aptitudes constitutionnelles de mythomanie, comme il a été dit par Deny et Camus (1), ainsi que par Dupré. Comme digression, nous remarquons que ces aptitudes de mythomanie se rencontrent souvent dans l'existence de tous les jours et dans tous les milieux, mais de préférence chez les gens qui, à défaut d'un autre argument valable, veulent gagner la confiance d'autrui, soit pour en tirer un profit matériel, soit pour se créer simplement des relations sociales. Une foule de professionnels de toute sorte : négociants, intermédiaires, et principalement les prostituées, ont un don spécial de créer d'une façon extemporanée, sous forme de fabulations, diverses assertions, plus ou moins vraisemblables, les uns pour donner de l'essor à leur métier, les autres pour faire prospérer leurs affaires, les dernières pour mettre en évidence leurs grâces. Dans cette même catégorie on pourrait faire rentrer certains escrocs et non des moindres.

Au point de vue médico-légal, et toujours selon Dupré, nous notons que les réactions antisociales, qui pourraient troubler l'ordre public ou la sécurité des personnes qui vivent en contact avec des malades, sont : les faux témoignages, comme c'est le cas pour la seconde malade, lorsqu'elle accuse son père d'avoir attenté à sa pudeur ; les escroqueries que la première a commises ; le désir de vagabondage qui est caractéristique chez les deux malades. D'habitude, ces réactions antisociales mènent les délinquants devant le Tribunal correctionnel et parfois devant la Cour d'assises. La disposition médico-légale qu'il faut appliquer, c'est l'internement dans un Hospice.

La séance est levée à 19 heures 15.

Le Secrétaire des séances,

Paul Abély.

(1) Deny et Camus. — *Folie maniaque dépressive*, 1907.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIII[e] Réunion Neurologique Internationale Annuelle

(Paris, la Salpêtrière, 30 et 31 mai 1933)

Présidence : M. Clovis VINCENT

I. L'ARACHNOIDO-PIÉMÉRITE CÉRÉBRALE,

M. Henri CLAUDE, *rapporteur*

On distingue trois variétés de collections dites séreuses du liquide céphalo-rachidien d'après leur localisation : 1° les hydrocéphalies internes, ou épendymites, ou ventriculites ; 2° les hydrocéphalies externes, les unes sous-duro-méniennes ou arachnoïdiennes proprement dites, les autres sous-arachnoïdiennes cérébrales ; 3° les arachnoïdites spinales. Le rapporteur n'étudie que les arachnoïdo-piémérites cérébrales.

RÉALITÉS DES ARACHNOÏDO-PIÉMÉRITES SÉREUSES. — Leur existence est indiscutable, mais il faut les distinguer des œdèmes encéphalo-méningés en rapport avec un processus infectueux local (méningites), des œdèmes méningés par stase circulatoire des reliquats d'hémorragie méningée, des transudats consécutifs aux foyers de ramollissement et surtout des collections séreuses juxtanéoplasiques ; la fréquence de celles-ci ne doit pas être méconnue, non plus que la possibilité de voir des collections en rapport avec des tumeurs minuscules.

VARIÉTÉS ANATOMO-CLINIQUES. — Les arachnoïdites présentent deux types : 1° les arachnoïdites cérébrales diffuses généralisées ; 2° les arachnoïdites kystiques ou polykystiques ; leur répartition est le plus souvent dominée par les conditions anatomiques locales ; on les trouve dans la région périchiasmatique au niveau du confluent antérieur, au niveau de la grande citerne cérébrale au-dessus du cervelet et surtout (forme postérieure) dans la région de la plus grande citerne cérébello-médullaire, qui est leur siège d'élection en raison du voisinage du rocher. Une des dernières variétés est représentée par des formes mixtes, à la fois ventriculaires et corticales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'aspect de toutes ces collections kystiques est à peu près le même. La dure-mère, après trépanation, bombe et ne bat pas ;

lorsqu'elle est ouverte, le cerveau semble recouvert d'une couche de gelée ; dans d'autres cas, il faut inciser une mince membrane pour laisser écouler le liquide contenu dans les poches kystiques. Souvent, le cerveau est œdématié et congestionné par places, au niveau de petits foyers d'encéphalite.

Etiologie et pathogénie. — Le rôle du traumatisme n'est pas nettement prouvé, cependant, les phénomènes subjectifs des traumatisés du crâne répondent peut-être dans certains cas à des processus voisins de la méningite séreuse. La cause la plus souvent invoquée est l'infection, en rapport avec un processus localisé (sinusites, fractures de la base infectées et surtout otites et leurs complications suppurées), ou d'ordre général ; certaines méningites séreuses semblent être des affections autonomes d'origine infectieuse, déterminées par un ultra-virus neurotrope, voisin de celui des névraxites épidémiques. D'autres relèvent d'une tuberculose méningée discrète. Il s'agit sans doute de collections séreuses pseudo-kystiques favorisées par des adhérences anciennes développées à l'occasion de poussées discrètes d'arachnoïdo-piémérites inflammatoires et qui subissent une recrudescence au cours d'une inoculation bacillaire nouvelle ; elles présentent une certaine analogie avec les pleurésies enkystées. La syphilis peut probablement provoquer la formation de collections séreuses. Enfin, il est possible que certaines méningites séreuses se manifestent à l'occasion de certaines conditions vaso-motrices, plus ou moins accentuées suivant les sujets ; le tableau clinique paraît être parfois bien plus sous la dépendance des troubles circulatoires que sous celle de la néoformation kystique elle-même, surtout lorsqu'elle s'est développée très lentement.

Symptomatologie. — L'évolution se fait en général plus brusquement que celle des tumeurs ; un ictus, des convulsions ouvrent la scène, puis les signes prennent assez rapidement un certain caractère d'acuité. Cependant, les collections séreuses peuvent s'annoncer par une série de signes traduisant une hypertension généralement modérée : céphalée localisée, s'exaspérant par accès et pouvant aboutir à un état confusionnel avec irritabilité, convulsions, vertiges, vomissements, troubles de l'équilibration ; mais la pression est loin d'être toujours augmentée et la stase peut faire défaut, réserve faite des cas où le kyste, prenant un grand développement, joue le rôle d'une véritable tumeur et de ceux qui se compliquent d'une hydrocéphalie interne, l'albuminorachie est souvent diminuée et la réaction cellulaire manque.

Evolution. — L'anamnèse indique souvent une période de réaction méningée, discrète, consécutive à un traumatisme, à une infection générale ou à une lésion des cavités de la face ; puis, à une période de latence assez longue, succède une phase aiguë ou subaiguë se traduisant par les symptômes déjà décrits, l'existence d'une série de poussées subaiguës, au cours d'une évolution prolongée, est caractéristique des diverses formes de méningite séreuse ; il n'est pas rare même que des ictus, des crises épileptiques se produisent à certaines périodes ; enfin, les symptômes se fixent plus nettement, deviennent plus précis, mais gardent leur caractère polymorphe, avec des troubles fonctionnels ou généraux habituels, et des signes de compression plus ou moins disséminés. Cet ensemble doit faire penser à la méningite séreuse enkystée, mais des phénomènes d'hypertension ventriculaire peuvent s'y surajouter et compliquer le diagnostic.

Diagnostic. — Le diagnostic le plus important est celui de tumeur cérébrale ; dans les formes pures de kystes arachnoïdiens, sans hydrocéphalie interne ou méningite diffuse de la corticalité, les signes d'hypertension sont plus tardifs et moins accentués que dans les tumeurs et l'évolution se fait par poussées au lieu d'être lente et progressive comme dans les tumeurs, sauf lorsque celles-ci présentent des hémorragies. Dans les kystes arachnoïdiens, le liquide céphalo-rachidien est en général normal ou l'albumine est diminuée. La radiographie ne permet pas la distinction entre tumeurs et méningites enkystées. L'examen labyrinthique n'est à retenir que lorsqu'il montre une variabilité des réactions suivant les périodes. La stase et l'atrophie papillaire manquent presque toujours dans les méningites séreuses ; les renseignements fournis par la mesure de la pression artérielle rétinienne sont incertains. La ventriculographie et l'encéphalographie peuvent apporter un appoint important au diagnostic, mais leur technique est délicate et l'interprétation des clichés sujette à des erreurs grossières.

II. MÉNINGITES SÉREUSES INTERNES OU VENTRICULAIRES (HYDROCÉPHALIES INTERNES)

M. Gaetano Boschi (de Ferrare), *rapporteur*

La meilleure définition de la méningite séreuse est celle de H. Claude qui élimine les processus inflammatoires avérés : il s'agit d'une augmentation générale ou d'une accumulation localisée du liquide céphalo-rachidien, se produisant sous l'influence de réactions inflammatoires subaiguës du cerveau, de l'épendyme ventriculaire ou des méninges. On doit aborder d'abord le problème des sources et de la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Sources et circulation du liquide céphalo-rachidien. — Sources. — Il existe autour des vaisseaux du névraxe des espaces communiquant avec les espaces archnoïdiens. Il est probable qu'il y a dans le névraxe d'autres espaces lymphatiques en communication avec les espaces périvasculaires ; on ne peut pas exclure la possibilité d'autres voies pour les échanges nutritifs du tissu nerveux (capillaires sanguins, voies lymphatiques mal connues). Le sens de la circulation du liquide dans les espaces périvasculaires est mal précisé ; Cestan, Riser et Laborde pensent qu'il va des espaces arachnoïdiens vers les espaces périvasculaires et les centres nerveux ; la majorité des auteurs, en particulier Ivan Bertrand, admettent que la circulation est centrifuge ; mais il faut être très circonspect dans l'appréciation de recherches expérimentales qui bien souvent créent des dispositions tout à fait artificielles ; la barrière hémato-encéphalique constitue un obstacle au passage des substances hétérogènes, qui paraît plus important dans le transit du sang vers le liquide que dans le transit inverse.

D'après la plupart des auteurs, le liquide provient des centres nerveux et principalement ou même exclusivement des plexus choroïdes.

Résorption. — L'opinion la plus admise est qu'elle s'effectue au niveau des granulations de Pacchioni et de villosités choroïdiennes ; ces formations constitueraient même, ou presque, pour Gushing, la seule voie de décharge. Cestan, Riser et Laborde pensent que la résorption se fait en par-

tie à travers les espaces périvasculaires et les parois des veines du névraxe, d'autres auteurs estiment que la résorption se produit aussi au niveau des gaines de certains nerfs, des lymphatiques de la portion olfactive nasales et de la dure-mère.

Hydrodynamique du liquide. — Les expériences du rapporteur lui font conclure que le liquide se produit à travers les parois des espaces céphalo-rachidiens tout le long du névraxe (production ubiquitaire) et qu'il a une circulation segmentaire ou traversale et, dans certaines conditions telles que la position debout, une circulation longitudinale dans le sens caudo-céphalique.

Le lymphatisme neuro-méningé. — Sous ce terme, le rapporteur a décrit, en 1925, des processus où l'atteinte prédominante se trouve au niveau du névraxe et non des méninges ; la lésion primitive est névraxique, mais les déchets des échanges morbides du tissu nerveux arrivent aux cavités arachnoïdiennes, les irritent et déterminent ainsi une participation méningée secondaire. A ces cas s'opposent ceux des méningites séreuses où la lésion causale est extra-nerveuse (méningites séreuses consécutives aux otites et aux sinusites).

L'hydrocéphalie interne idiopathique. — L'interruption des communications entre les divers ventricules et les espaces arachnoïdiens peut entraîner l'hydrocéphalie des cavités proximales, mais on ignore dans quelle mesure celle-ci dépend du trouble hydraulique déterminé par l'obstruction ou de l'irritation causée à l'épendyme par l'agent pathologique ou par la technique expérimentale. Il paraît démontré que les plexus choroïdes ont une fonction absorbante et l'épendyme une fonction sécrétrice, mais il est possible que l'épendyme joue aussi un certain rôle dans la résorption du liquide, comme les plexus choroïdes dans sa sécrétion. Les observations rapportées par l'auteur rendent très vraisemblable l'existence d'hydrocéphalies qui ne sont que des réactions en surface d'ordre irritatif, consécutives au passage dans la cavité ventriculaire de produits de désintégration venant de lésions plus profondes : elles dépendent en somme de manifestations prénatales ou infantiles du lymphatisme neuro-méningé.

Autres variétés de l'hydrocéphalie. — Les hydrocéphalies des tumeurs ont été attribuées à une suractivité réflexe autour des tumeurs des réactions inflammatoires et des lésions de désintégration par compression qui rendent plus probable la conception de l'origine irritative épendymaire par les produits de déchets. Les hydrocéphalies qui surviennent à la suite de l'oblitération des trous sont habituellement interprétées comme résultant de l'impossibilité de l'écoulement du liquide sécrété par des plexus choroïdes, mais ce mécanisme paraît douteux au rapporteur.

L'hypertrophie villeuse des plexus, observée dans certaines hydrocéphalies, peut être considérée comme une altération secondaire à une suractivité des plexus, si on admet leur rôle absorbant, soit comme la lésion causale, si on admet leur rôle sécrétant.

La distinction entre les hydrocéphalies symptomatiques et idiopathiques, ainsi que celle entre les hydrocéphalies congénitales et acquises, sont souvent incertaines.

Anatomie pathologique. — Les lésions des plexus sont encore mal précisées et inconstantes.

Etude clinique. — Parmi les facteurs étiologiques, le rapporteur signale le caractère familial de certaines hydrocéphalies, les traumatismes obstétricaux ou autres et surtout l'hérédo-syphilis (la moitié des cas au moins).

La symptomatologie varie suivant qu'il s'agit de nourrissons, d'enfants ou d'adultes ; le rapporteur en rappelle les principaux éléments, souligne l'intérêt du quotient d'Ayala et de la ventriculographie, et étudie le diagnostic avec les tumeurs.

L'évolution peut présenter des rémissions et des reprises, même après un temps très long ; on a signalé des guérisons spontanées, mais la mort survient dans les premières années de la vie.

Au point de vue du traitement, des guérisons ont été obtenues par la ponction du corps calleux et le traitement antisyphilitique ; les ponctions lombaires sont moins efficaces que dans les méningites séreuses externes ; les injections hypertoniques ne donnent que des résultats transitoires. La radiothérapie compte de nombreuses guérisons dont le mécanisme est mal connu.

III. L'ARACHNOIDITE SPINALE ET L'ARACHNOIDITE DE LA FOSSE CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE

M. J.-A. Barré (de Strasbourg), *rapporteur*

Ce n'est que depuis quelques années que l'on sait diagnostiquer l'arachnoïdite spinale ; l'arachnoïdite de la fosse postérieure est de connaissance encore plus récente. Dans sa forme aiguë, l'arachnoïdite appartient à d'assez nombreuses affections méningées ; le rapporteur n'envisage que la forme séreuse, généralisée ou circonscrite, adhésive, cloisonnée ou kystique, à évolution lente ou chronique.

Arachnoïdites spinales. — Dans l'ensemble, le rapporteur conserve la classification qu'il a proposée dans la thèse d'O. Metzger et décrit trois formes principales.

1° *Forme radiculaire sensitive.* — Les douleurs sont le principal signe ; elles surviennent par crises et s'étendent presque toujours à plusieurs racines voisines ; elles ont tendance à se disséminer et occupent parfois plusieurs foyers ; elles ont souvent un caractère migrateur. Elles peuvent évoluer longtemps sans anesthésie et s'accompagner plutôt de larges bandes radiculaires d'hyperesthésie. Après un certain temps, les réflexes tendineux et cutanés diminuent d'une façon très variable, mais ces modifications n'ont pas la répartition précise de celles des radiculités localisées. Le syndrome multi-radiculaire existe parfois dans cette forme.

Elle évolue par poussées rapprochées ou espacées, elle peut se développer progressivement pendant une longue période, même après plusieurs années et même après avoir atteint un degré très vif d'acuité douloureuse. Elle ne ressemble ni aux différentes névralgies, ni aux douleurs rhumatismales, ni aux névrites ou aux polynévrites communes, ni à la forme de début de tabes.

2° *Forme radiculo-médullaire.* — Elle est assez fréquente. L'élément sensitif est caractérisé par des douleurs semblables à celle de la forme précédente, qui se sont fixées à la limite supérieure de la paraplégie et qui prennent part à la constitution du syndrome multiradiculaire, où l'on trouve

localement des douleurs, des palpitations musculaires, l'exagération des réactions pilo-motrices, la diminution de la réaction à la pilocarpine, une hypoesthésie légère au centre de laquelle existe souvent une zone d'anesthésie.

Les douleurs, après avoir persisté quelque temps, peuvent avoir disparu quand les troubles médullaires s'installent ; la paraplégie est assez spéciale ; elle se constitue en plusieurs temps et évolue lentement, mettant des années avant de gêner fortement la marche. Elle acquiert peu à peu le type spastique, gardant certaines particularités : absence prolongée de troubles sphinctériens, diminution ou abolition de certains réflexes malgré la spasmodicité, existence de troubles dissociés des sensibilités superficielles et profondes.

L'évolution très lente est souvent en rapport avec la forme adhésive ou feutrée de l'arachnoïdite ; le tableau de l'arachnoïdite kystique ressemble plus à celui de la compression par tumeur solide, mais s'en distingue par certains caractères dépendant de la nature molle de la compression.

3° *Forme radiculo-cordonale postérieure.* — Dans cette forme très rare, on trouve associés aux douleurs des troubles importants de la sensibilité vibratoire et de la notion de position et parfois une démarche ataxique. Ce type qui rentre dans le cadre des pseudo-tabes, se rapproche du syndrome des fibres longues de Déjérine.

Autres formes. — Aux formes principales, on peut ajouter des formes d'après l'évolution, l'extension ou la régression des phénomènes. Assez souvent, il existe en même temps que les troubles radiculo-sensitifs ou radiculo-médullaires, des signes d'arthrite vertébrale ; même dans ces cas, l'évolution peut être très lente et des améliorations importantes peuvent s'observer.

Complications. — La principale complication des arachnoïdites spinales est l'obstruction intestinale, qui peut entraîner la mort.

Arachnoïdites de la fosse postérieure. — Elles se présentent sous une forme généralisée et des formes circonscrites.

A, *Forme généralisée.* — Le syndrome d'hypertension intracranienne y est suivant les cas au complet ou réduit à quelques éléments. Certains signes attirent l'attention vers la fosse postérieure : céphalée occipitale irradiant en haut et surtout vers les épaules et la nuque, les crampes fréquentes dans les membres à l'occasion des paroxysmes douloureux et des mouvements brusques de la tête, diplopie de types variés, bourdonnements d'oreille précoces, sensation de gonflement derrière les yeux, parfois paralysie faciale et douleurs dans la face ; tous ces signes sont dominés en général par des symptômes d'irritation vestibulaire (crise de vertige, nystagmus, titubation, dérobement brusque des jambes). Ces troubles ont pour caractère d'être souvent bilatéraux, d'avoir une évolution aiguë, d'être au début irritatifs, puis rapidement à la fois irritatifs et déficitaires. L'examen objectif montre des modifications importantes des réactions vestibulaires et une hypoacousie d'intensité variable et d'évolution rapide ; par contre, les signes cérébelleux peuvent être très légers, les troubles pyramidaux et les troubles de la sensibilité manquer ou n'apparaître que tardivement.

Cette forme a souvent une évolution plus rapide que celle de l'arachnoïdite spinale ; elle peut aussi évoluer par poussées subaiguës, se reproduisant à intervalles de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Elle ne peut guère être confondue avec les kystes du cervelet, ni avec les polynévrites méniériformes de la fosse postérieure de Holwart.

B. *Formes localisées.* — L'arachnoïdite de la grande citerne se traduit par des signes d'irritation méningée de la fosse postérieure, par certains symptômes des tumeurs de la ligne médiane, par des douleurs rachidiennes à distance et par un syndrome d'hypertension à évolution rapide.

L'ARACHNOÏDITE DE LA RÉGION DU TROU AUDITIF a les principaux signes des tumeurs de l'angle ; cependant, des bourdonnements d'oreilles y précèdent l'hypoacousie et des vertiges l'hypo-réflexie vestibulaire : l'hypertension manque longtemps ; l'évolution se fait par poussées suivies d'un retour plus ou moins complet à l'état normal ; les troubles cérébelleux et pyramidaux sont tardifs.

L'ARACHNOÏDITE PRÉPONTIQUE CÉRÉBELLEUSE est en général en rapport avec des ostéites de la pointe du rocher, des suppurations labyrinthiques subaiguës ou chroniques ; elle est le plus souvent méconnue et confondue avec un abcès du cervelet.

EPREUVES COMPLÉMENTAIRES DE DIAGNOSTIC. — Dans les arachnoïdites spinales de la fosse postérieure, le liquide céphalo-rachidien présente souvent une lymphocytose et une albuminose moyennes ; le benjoin est normal ou un peu spécial ; la pression est normale ou abaissée, rarement augmentée. L'épreuve de Stookey montre un blocage complet ou incomplet, ou reste normal. Le lipiodol est souvent arrêté en totalité en un point dans la forme kystique de l'arachnoïdite spinale et s'égrène en une ou plusieurs colonnes, sur une étendue plus ou moins grande, dans la forme adhésive cloisonnée ; cet aspect a de la valeur quand il reste fixé à plusieurs jours d'intervalle. L'encéphalographie peut montrer l'arrêt de l'air ascendant dans les arachnoïdites de la grande citerne et la dilatation des ventricules dans les oblitérations des trous de Magendie et de Lutschka.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions sont souvent discrètes et même introuvables après la mort. L'arachnoïdite peut être localisée à la région de sortie de plusieurs racines, épaissir ou multiplier les toiles normales de l'arachnoïdite ; quand les membranes sont épaisses et dures, avec une vascularite arachnoïdo-piémérienne, les cordons postérieurs sont atteints et on y trouve des dégénérations en masse non systématisées. Les kystes arachnoïdiens sont généralement allongés, leurs parois très fines et la dure-mère qui les recouvre ne bat pas.

La description classique de l'arachnoïdite est à modifier ; il paraît exister : 1° un feuillet arachnoïdien pariétal sous-jacent à la dure-mère, formant un anneau complet sauf aux points de pénétration des racines et des vaisseaux ; 2° un feuillet viscéral très fin relié à la pie-mère par de petits tractus, quelques trabécules unissent entre eux les feuillets de l'arachnoïde, unis également par des revêtements dont ils engrènent les racines dans tout leur trajet intra-rachidien ; dans la cavité se trouve le liquide céphalo-rachidien, qui mériterait le nom de liquide arachnoïdien.

ETIOLOGIE. — Les traumatismes, diverses infections subaiguës ou légères (grippe, scarlatine, rhumatisme, tuberculose, typhoïde) peuvent provoquer des arachnoïdites ainsi que les altérations des os (arthrite vertébrale, ostéite pétreuse, ostéomyélite). L'arachnoïde est un tissu d'une extrême fragilité qui est apte à réagir à des irritations même minimes.

Traitement. — En dehors du traitement chirurgical, le rapporteur signale comme traitements utiles les injections de septicémine ou d'iodaseptine, la pyrétothérapie, le lipiodol, la radiothérapie.

Conclusion. — L'arachnoïdite a dès maintenant des formes bien différenciées que l'on peut reconnaître cliniquement ; un diagnostic précoce est possible et peut conduire à des résultats thérapeutiques durables.

IV. TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MÉNINGITES SÉREUSES

M. D. Petit-Dutaillis, *rapporteur.*

Le diagnostic des méningites séreuses peut être présumé, mais jamais affirmé avant l'intervention ; dans chaque cas particulier où elles peuvent exister, elles sont de beaucoup la lésion la plus rare ; on doit entreprendre l'opération et les explorations préalables pour découvrir la lésion fréquente (abcès, hématome, tumeur) ; c'est donc le plus souvent au cours d'une intervention décidée au cours d'un autre diagnostic, que, devant les constatations opératoires, on aura à choisir une conduite déterminée.

Traitement des méningites séreuses aiguës et suraiguës

1° Formes suraiguës consécutives aux maladies infectieuses. — Les ponctions lombaires répétées peuvent suffire, mais bien souvent il s'agit d'hydrocéphalie et la ponction ventriculaire unie ou bilatérale s'impose ; une seule ponction a pu, dans certains cas, amener la guérison.

2° Formes aiguës ou suraiguës en rapport avec un foyer infectieux local. — La première indication est la révision du foyer infectieux (otite ou plus rarement sinusite, ethmoïdite), même s'il paraît guéri. Le traitement du syndrome hypertensif s'inspire de l'incertitude du diagnostic entre méningite séreuse et abcès et doit procéder par étapes ; certains ouvrent la dure-mère par la caisse, au travers du foyer sceptique, ce qui ne paraît pas exposer le malade à un danger réel ; mais le rapporteur préfère avec Moulonguet, avec Bourgeois, trépaner en zone saine, après révision du foyer otitique. La meilleure technique semble celle de Bourgeois : trépanation de l'écaille temporale, incision de la dure-mère sur 1 cm., ouverture de l'arachnoïde s'il existe de l'œdème sous-arachnoïdien, ponction du ventricule dans le cas contraire et, si les ventricules sont distendus, ponction ventriculaire bilatérale, pas de fermeture immédiate. La guérison est la règle dans les cas soignés à temps et les résultats sont le plus souvent définitifs.

3° Méningites séreuses aiguës d'origine traumatique. — Elles sont rares et prises pour des hématomes ou moins souvent pour des abcès et la découverte de l'épanchement séreux est une surprise opératoire ; pour éviter des opérations itératives, il est utile d'assurer pendant quelques jours l'évacuation des espaces sous-arachnoïdiens par un drainage fait à la base du lambeau, pratique qui n'expose à aucun danger réel d'infection ou de fistule. Le blocage ventriculaire ne retient pas assez l'attention des chirurgiens et cependant la dilatation des ventricules est parfois la seule modi-

fication nette constatée à l'autopsie ; la ponction ventriculaire peut être une thérapeutique efficace et, en cas d'insuccès, la trépanation postérieure (Ody) est indiquée.

Traitement chirurgical des formes subaiguës et chroniques

Les progrès de la neuro-chirurgie légitiment l'ouverture systématique de la dure-mère dans les cas d'hypertension ; il n'est pas certain qu'elle soit supérieure à la simple décompressive dans les hypertensions d'ordre inflammatoire ; mais cette conduite est de beaucoup la plus logique en raison de la rareté des méningites séreuses chroniques par rapport aux tumeurs et de l'incertitude du diagnostic.

A. Méthodes palliatives. — *Les injections de solutions hypertoniques* ne peuvent être envisagées que comme de simples adjuvants. Les *ponctions évacuatrices* ne sont légitimes que si le diagnostic est à peu près certain ; dans les hydrocéphalies obstructives, la ponction lombaire peut aggraver les symptômes, tandis que la ponction ventriculaire peut rendre des services ; mais ces ponctions donnent rarement des résultats durables.

Les procédés de dérivation du liquide ventriculaire n'ont plus qu'un intérêt rétrospectif.

La *trépanation décompressive* est le seul procédé palliatif qui ait fait ses preuves ; on a pu obtenir des succès durables par de larges trépanations de la voûte, sans ouverture de la dure-mère, mais la trépanation sous-temporale de Cushing avec ouverture systématique de la dure-mère est la méthode de choix. La trépanation décompressive n'est d'ailleurs indiquée que chez un malade dont l'état précaire impose une opération minima ou dans les syndromes hypertensifs sans signes de localisation et avec des ventricules normaux sur les ventriculographies.

B. Méthodes directes a tendance radicale. — Ces méthodes ont déjà donné des résultats appréciables.

1° *Interventions intraventriculaires dans les épendymites.* — On n'est guère intervenu dans les *épendymites des ventricules latéraux* que pour des lésions unilatérales oblitérant le trou de Monro. La libération des adhérences expose aux hémorragies et à la récidive ; l'extirpation du plexus choroïde correspondant est particulièrement délicate du fait de l'inflammation des parois ventriculaires ; la méthode de choix est celle de N. Dott, qui consiste à réunir les deux ventricules par une brèche du septum et qui a donné deux succès remarquables (Dott, de Martel). *L'oblitération de l'acqueduc de Sylvius* paraît au-dessus des ressources thérapeutiques, car le cathétérisme forcé est peu recommandable. *Les épendymites du IV^e^ ventricule* sont justiciables de la rupture de la membrane du kyste ventriculaire et parfois en outre de la section médiane du vermis.

2° *Interventions dans les arachnoïdites.* — Dans les *arachnoïdites postérieures*, il est indispensable d'explorer soigneusement le cervelet, le IV^e^ ventricule, les angles ponto-cérébelleux, car elles masquent souvent une tumeur de voisinage ; on doit faire une toilette minutieuse des voiles et des tractus d'arachnoïdite et lorsqu'il existe des kystes, les évacuer et réséquer aussi complètement que possible leurs parois. La mortalité immédiate est peu élevée (10 pour 100 dans la statistique de Cushing et Horrax). La valeur de l'intervention est difficile à apprécier ; dans les cas de Cushing et Horrax,

où il y avait surtout un épaississement de l'arachnoïde, les résultats ont été encourageants ; dans ceux où les lésions sont avant tout kystiques, il paraît presque impossible d'éviter la reproduction des kystes ; on en arrive à se demander si la décompression simple n'est pas préférable dans ces cas, mais l'absence de critérium certain pour différencier les arachnoïdites des tumeurs rend nécessaire l'exploration et par suite l'ouverture de la dure-mère.

Les mêmes directives s'appliquent aux *arachnoïdites de la corticalité* et les résultats opératoires sont aussi difficiles à apprécier. On n'oubliera pas que ces arachnoïdites ont souvent un retentissement ventriculaire et qu'elles sont souvent bilatérales ; on explorera donc systématiquement les ventricules au cours de l'intervention et on pourra être amené à trépaner d'emblée ou successivement des deux côtés.

Dans les *arachnoïdites opto-chiasmatiques*, la libération du chiasma et des nerfs optiques paraît légitime (Clovis-Vincent), car, à côté d'échecs, elle peut donner des améliorations notables.

Discussion des rapports sur les arachnoïdites et les méningites séreuses

M. Christiansen (de Copenhague). — Les méningites séreuses cérébrales, en apparence primitives, masquent souvent des tumeurs latentes ; dans d'autres cas, les méningites séreuses dépendent d'une infection ; il n'y a pas de méningite séreuse idiopathique.

M. Ayala (de Rome). — Le terme de méningite séreuse interne appliqué aux hydrocéphalies ventriculaires est mauvais, puisqu'il n'y a pas de méninges dans les ventricules.

MM. Dechaume et Wertheimer (de Lyon) montrent des radiographies de lésions craniennes au cours des kystes méningés ; ils insistent sur les hyperthermies post-opératoires qui ne sont pas exceptionnelles. Ils rapportent un cas d'arachnoïdite spinale avec examen anatomique, où l'intervention semble avoir aggravé les lésions : toutes les arachnoïdites spinales ne peuvent pas espérer de la chirurgie seule une guérison certaine.

M. Souques rapporte l'observation d'un malade atteint de méningite séreuse de la convexité, traité par trépanation et ouverture de la dure-mère, qui resta guéri au bout de 20 ans.

M. Medea (de Milan). — Le lipiodol ne permet pas toujours de distinguer les arachnoïdites des tumeurs. La radiothérapie peut donner de bons résultats dans les arachnoïdites spinales et la ponction du corps calleux dans les arachnoïdites cérébrales.

M. Gauducheau (de Nantes). — Il est prématuré de préciser les indications de la radiothérapie dans les arachnoïdites ; il est d'ailleurs souvent difficile de savoir où faire porter les irradiations ; la radiothérapie agit surtout sur l'hypertension, à la condition d'être faite avec des doses suffisamment étalées.

MM. Th. de Martel et Guillaume. — Si le diagnostic clinique peut être soupçonné, la constatation à l'opération d'un aspect normal de l'arachnoïde ne suffit pas pour le confirmer ; il faut explorer minutieusement la région pour déceler une petite tumeur dont l'arachnoïdite peut n'être éventuellement qu'une complication et, en l'absence de tumeur, attendre un recul de plusieurs années pour poser le diagnostic avec certitude.

COMMUNICATIONS

Paralysie de l'élévation avec œdème de la papille ; Amélioration des symptômes par la radiothérapie profonde, par MM. PAVIA et REPETTO (de Buenos-Aires).

Observation d'un malade atteint d'un syndrome d'hypertension avec diplopie, paralysie de l'élévation, parésie du réflexe pupillaire à la lumière, stase papillaire et baisse de l'acuité. La radiothérapie profonde a considérablement amélioré la vision et fait diminuer la stase et la paralysie de la verticalité.

Considérations sur les arachnoïdites spinales,
par MM. G. GUILLAIN, GARCIN et SIGWALD.

Il ne faut pas surestimer la fréquence des araehnoïdites spinales qui donnent des signes de eompression avec blocage ; elles eoexistent souvent avec des tumeurs et celles-ci sont beaucoup plus fréquentes. Les arachnoïdites diffuses sans bloeage ne sont pas rares. Le diagnostic clinique peut être très difficile : les signes eliniques habituels aux eompressions peuvent manquer, malgré un blocage eomplet et un liquide parfois xanthochromique. Le lipiodol améliore dans quelques cas l'état du malade en détruisant des adhérences lâches ; dans d'autres cas, il aggrave la symptomatologie en complétant le bloeage.

Rapports entre les pressions liquidienne et sanguine,
par M. G. RIZZO (de Milan).

Il n'y a pas de rapport constant entre la pression rachidienne et la pression artérielle ou la pression veineuse ; il n'y a d'ailleurs pas de rapport obligé entre les pressions artérielle et veineuse. L'action de la ponction lombaire sur les pressions artérielle et veineusc est également variable. La question de la pathogénie nerveuse eentrale de l'hypertension artérielle n'est pas encore résolue.

Diagnostic différentiel entre méningite séreuse et tumeur cérébrale,
par M. MEDEA (de Milan).

La eéphalée est plus intense dans les méningites séreuses que dans les tumeurs, surtout au début, et les vomissements y sont plus rares ; l'hypertension y est moins aceusée et s'atténue aux ponetions suecessives. La xanthochromie est en faveur des tumeurs, les antécédents de traumatisme ou d'infeetion en faveur de la méningite séreuse.

Leptoméningite chronique basse avec syndrome de la queue de cheval et kyste séreux lombaire, par M. CATOLA (de Florence).

Observation d'un eas d'arachnoïdite à forme radieulo-cordonale postérieure, avee syndrome de la queue de eheval de type total et arrêt important du lipiodol en D 9 ; la lamineetomie a confirmé le diagnostie, mais n'a amené aueune amélioration.

Dix cas d'arachnoïdite spinale, par MM. H. Roger et Alliez.

Les auteurs présentent une série d'observations d'arachnoïdites spinales ; de 3 cas d'apparence primitive et à marche subaiguë, l'un a évolué vers la mort malgré l'intervention, les autres ont été améliorés par le lipiodol et le traitement médical. Ils insistent sur la fréquence des arachnoïdites secondaires à la sclérose en plaques où, dans quelques cas, un véritable kyste a été trouvé à l'opération.

La méningite séreuse d'origine encéphalique,
par M. Knud Winther (de Copenhague).

Parmi les infections qui peuvent provoquer les méningites séreuses, l'encéphalite épidémique tient une place importante ; l'auteur a observé 23 cas de stase papillaire au cours de l'encéphalite ; le diagnostic exact n'est souvent posé qu'à une phase tardive et beaucoup de malades ont subi une trépanation.

Evolution cytologique de quelques méningites séreuses chez l'enfant,
par M. Tassovatz (de Strasbourg).

L'auteur décrit l'aspect cytologique du liquide céphalo-rachidien dans une série d'affections méningées de l'enfant (poliomyélite, tuberculose, réaction sérique, infection méningococcique, etc.).

Recherches sur la circulation du liquide spinal pratiquées avec des injections de sulfophénolphtaléine, par M. Campailla (de Ferrare).

La circulation du liquide céphalo-rachidien se fait surtout dans le sens transversal et est influencée par la position, la ponction des méninges, la soustraction de liquide et l'introduction de substances hétérogènes.

Méningite séreuse post-traumatique chronique guérie par une seule ponction lombaire, par M. Minkowski (de Zurich).

Observation d'une malade atteinte de vertiges, de céphalées, de vomissements persistants après un traumatisme cranien ; l'examen neurologique et les radiographies étaient négatives ; la ponction lombaire a montré un liquide normal mais sous pression de 270 mm. et amené une guérison rapide.

Méningite basilaire et spinale à cysticerques racémeux,
par MM. Guillain, I. Bertrand et Thurel.

Observation d'un homme de 60 ans ayant présenté un syndrome d'hypertension avec troubles psychiques ; la ponction lombaire montrait une tension à 0 et la ventriculographie une dilatation des ventricules latéraux et du 3e ventricule. Anatomiquement, constatation d'une méningite bulbaire et spinale d'aspect sclérogommenx que l'examen histologique seul a permis d'identifier. L'oblitération des lacs de la base par l'arachnoïdite a déterminé l'hydrocéphalie en empêchant le cheminement du liquide vers les aires de résorption de la convexité.

Quelques cas d'arachnoïdite, par M. BRUNSCHWEILER (de Lausanne).

Il est exceptionnel de rencontrer des arachnoïdites véritablement idiopathiques ; de 3 cas d'arachnoïdite cérébrale observés, l'un était survenu après un traumatisme, un autre chez une hérédo-syphilitique et le dernier après une furonculose. Une arachnoïdite plus ou moins importante se rencontre souvent dans la sclérose en plaques.

Arachnoïdo-piemérite généralisée à toute la convexité et post-traumatique, par M. VAN GEHUCHTEN (de Louvain).

Observation d'un malade qui, deux ans après une fracture du crâne avec coma prolongé, présenta des crises jacksoniennes gauches et une hémianopsie homonyme ; la ventriculographie ayant montré que la corne frontale droite n'était pas injectée, on décida une trépanation qui mit en évidence un aspect feutré de l'arachnoïde. Le malade mourut de grippe peu après et l'on constata, en dehors d'un ramollissement de la calcarine, une arachnoïdite généralisée à toute la convexité, laissant indemne le feuillet pariétal de l'arachnoïde et la dure-mère et s'accompagnant d'une encéphalite secondaire le long des vaisseaux corticaux.

Epidurite au cours d'une méningite cérébro-spinale, par MM. MONIER-VINARD et PETIT-DUTAILLIS.

Chez un malade de 27 ans, au cours de la convalescence méningite cérébro-spinale, syndrome de blocage avec coagulation massive ; une laminectomie cervicale a montré que le tissu épidural présentait une vasodilatation considérable avec hémorragies et une nappe inflammatoire qui adhérait à la dure-mère. Ces lésions d'épidurite paraissent fréquentes, bien que méconnues, peut-être parce qu'elles sont peu visibles sur le cadavre. Il est possible que les arachnoïdites ne soient souvent que la conséquence de pareilles épidurites, elles-mêmes sous la dépendance d'une infection rhino-pharyngée.

V. SUR LA VENTRICULOGRAPHIE

MM. Clovis VINCENT, Marcel DAVID et Pierre PUECH, *rapporteurs.*

INDICATIONS DE LA VENTRICULOGRAPHIE. — 1° Quand le diagnostic de tumeur est certain et que le diagnostic de localisation est hésitant ou impossible. 2° Quand les symptômes donnent à penser qu'il n'y a pas de tumeur, pour confirmer cette hypothèse. Les auteurs ne font pas de ventriculographie : 1° lorsque le diagnostic clinique est pratiquement certain ou quand la tumeur est radiographiquement visible ; 2° lorsque l'injection d'air doit aggraver l'état du malade au point de rendre l'opération impossible. Même avec un état général relativement bon, la ventriculographie aggrave notablement les malades ayant des tumeurs qui ont été supportées très longtemps, surtout si la stase a été tardive.

TECHNIQUE. — Sans revenir sur les détails d'une technique devenue classique, les rapporteurs rappellent qu'il faut injecter la plus grande quantité

d'air possible sans risque, après avoir retiré le plus possible de liquide. La gravité de la ventriculographie vient plus de la distension brusque des ventricules que de l'hypertension.

DIFFICULTÉS, ACCIDENTS, PRONOSTIC. — Il est exceptionnel qu'on n'arrive pas à pratiquer la ventriculographie et, en règle générale, il n'y a pas d'accidents dans une ventriculographie bien faite ; sur 250 ventriculographies pour tumeurs ou pseudo-tumeurs, les rapporteurs ont eu 5 morts dans les douze ou trente-six heures suivantes ; l'état d'autres malades a certainement été aggravé par l'exploration. Deux facteurs sont essentiels pour le pronostic : 1° la nature de la lésion, aucun décès n'est intervenu dans les pseudo-tumeurs ; 2° la date de l'intervention par rapport à la ventriculographie, l'opération doit suivre celle-ci le plus tôt possible.

LA VENTRICULOGRAPHIE DANS LES TUMEURS DU TROISIÈME VENTRICULE. — Il ne s'agit pas tant de savoir reconnaître une tumeur du 3e ventricule, localisation rare et actuellement au-dessus des possibilités chirurgicales, que de s'assurer que la tumeur ne siège pas à ce niveau ; bien souvent, les tumeurs du 3e ventricule ne donnent que des signes d'hypertension et des signes d'emprunt, cérébelleux en particulier.

Les rapporteurs décrivent les différentes images données par les tumeurs du 3e ventricule.

LA VENTRICULOGRAPHIE DANS CERTAINES PSEUDO-TUMEURS DU CERVEAU. — Sous le nom de méningite séreuse, les rapporteurs décrivent un syndrome d'hypertension, pouvant suivre une infection générale ou locale, à évolution assez rapide et sans signes de localisation vraie ; à l'opération, on trouve une quantité anormale de liquide entre la dure-mère et l'arachnoïde, et le cortex est relativement éloigné du crâne ; dans ces cas, la ventriculographie permet d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur et montre des ventricules très petits, symétriques, ni déformés, ni déplacés.

Dans les *encéphalites chroniques*, avec ou sans arachnoïdite, les ventricules sont de forme et de situation normales, mais excessivement petits, difficiles à injecter et l'air reflue dans les espaces sous-arachnoïdiens : même chez l'adulte, il y a un certain degré de dislocation des sutures qui se colmatent, un aspect en toit de la voûte et un approfondissement des fosses temporales ; anatomiquement, il s'agit de « gros cerveaux lourds à petits ventricules ».

Dans les *hydropisies ventriculaires chroniques de l'adulte sans tumeur*, il y a une dilatation très marquée des ventricules latéraux, du 3e ventricule et parfois du 4e. Cet aspect élimine les tumeurs du 3e ventricule ; mais celles de la fosse postérieure donnent une image analogue ; on les reconnaîtra parfois à l'écartement ou à l'élévation des cornes occipitales, et surtout par l'histoire de la maladie ; il est impossible de distinguer des hydropisies ventriculaires sans tumeur, certains gliomes comprimant la partie moyenne de l'aqueduc sans déformer le 3e ventricule.

Les arachnoïdites des nerfs du récessus ponto-cérébelleux et des nerfs voisins donnent le même aspect ventriculographique que les tumeurs de la fosse postérieure, extérieures au cervelet et certaines tumeurs de l'acoustique.

VI. SUR L'ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE PAR VOIE LOMBAIRE

M. Clovis VINCENT, Mlle F. RAPPOPORT et M. H. BERDET, *rapporteurs.*

Imaginée par Dandy, cette méthode a pour but de rendre visibles simultanément les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens.

TECHNIQUE. — On opère sur le malade assis, après avoir vérifié, s'il y a lieu, l'absence d'hypertension en position couchée ; on laisse écouler à plusieurs reprises une certaine quantité de liquide qu'on remplace par de l'air, en observant constamment le manomètre pour éviter des réactions trop violentes : la pression ne doit jamais dépasser le chiffre initial, ni tomber au-dessous de sa moitié ; on doit s'efforcer de retirer le liquide céphalo-rachidien en totalité : 80 à 100 cm³ ou même souvent 120 cm³ et beaucoup plus dans dans les cas pathologiques. Les radiographies sont faites au Potter-Bucky, sous les incidences utilisées pour la ventriculographie ; elles doivent être stéréoscopiques et il importe que le centrage de l'ampoule soit particulièrement minutieux.

RÉACTIONS ET ACCIDENTS. — Si les indications sont correctement posées, il n'y a pas d'accidents sérieux et les rapporteurs n'en ont pas observé sur 63 cas ; mais il y a constamment des réactions plus ou moins vives : céphalée diffuse, douleurs violentes, pâleur, vomissements, etc..., ces troubles s'atténuent en 12 heures et disparaissent en 3 ou 4 jours. Chez l'enfant, on note souvent un sommeil profond par excitation des centres mésencéphaliques.

CONTRE-INDICATIONS. — L'existence d'un syndrome clinique net d'hypertension intracranienne contre-indique l'encéphalographie ; dans les cas où le diagnostic est hésitant, il est toujours préférable de demander d'abord à la ventriculographie un supplément d'information. On tiendra compte aussi de l'état général, afin d'éviter une intervention relativement choquante à un malade trop affaibli.

IMAGES ENCÉPHALOGRAPHIQUES. — L'encéphalographie met en évidence les ventricules, la grande citerne, la citerne basale, la citerne ambiante et les lacs sylviens drainant la citerne basale vers les sillons de la convexité ; mais il est rare que, chez un sujet normal, les différentes citernes soient toutes injectées et leur grande visibilité est très souvent l'indice de leur dilatation, en particulier pour la citerne ambiante. L'atrophie ischémique par pression se reconnaît à l'élargissement uniforme des espaces sous-arachnoïdiens et des sillons hémisphériques, réalisant une image d'hydrocéphalie externe diffuse au niveau des zones de résorption de la convexité ; l'atrophie primitive par lésion vasculaire entraîne l'élargissement du ventricule latéral correspondant et une hydrocéphalie externe localisée au territoire vasculaire atteint. Les symphyses arachnoïdiennes empêchent le remplissage des espaces sous-arachnoïdiens qui sont invisibles, avec souvent un drainage de suppléance et une distension plus ou moins nette des citernes et des ventricules.

CAUSES D'ERREUR. — Elles sont nombreuses ; le défaut de remplissage des ventricules est dû en général à une faute de technique ; fréquemment d'ailleurs, on les voit se remplir tardivement, au bout de plusieurs heures. L'ab-

sence de visibilité des espaces sous-arachnoïdiens ne permet pas d'affirmer l'existence d'une symphyse méningée ; il peut s'agir d'une collection de liquide non drainée lors de l'évacuation du liquide ; la distinction ne peut être faite qu'indirectement par l'étude des autres signes.

Résultats cliniques. — Dans l'*épilepsie essentielle,* on peut observer les images les plus variées : l'aspect le plus fréquent est celui d'un certain degré d'atrophie des circonvolutions avec des ventricules normaux ou peu dilatés ; la distension ventriculaire est surtout marquée chez les épileptiques avec troubles du caractère et périodes d'excitation mentale.

Dans l'*épilepsie traumatique,* les anomalies s'observent dans un pourcentage encore plus élevé que dans l'épilepsie essentielle ; elles portent autant sur les ventricules que sur les espaces sous-arachnoïdiens. Chez tous les épileptiques (après ou sans traumatisme), on peut souvent retirer une quantité exagérée de liquide, lors de l'évacuation.

Dans l'*épilepsie jacksonienne traumatique,* la lésion la plus caractéristique serait l'absence d'injections des sillons dans la zone motrice, mais elle est inconstante et peut être bilatérale. Toutes les anomalies signalées dans l'épilepsie n'ont d'ailleurs aucune spécificité et l'on peut se demander si, dans certains cas, elles ne sont pas antérieures au traumatisme.

Dans l'*épilepsie consécutive aux traumatismes obstétricaux,* on observe des images d'atrophie cérébrale et une dilatation importante des espaces sous-arachnoïdiens, déjà manifestes chez des enfants de quelques mois.

Dans les *céphalées post-traumatiques,* les images sont anormales dans la grande majorité des cas.

Dans les *encéphalopathies de l'enfance, avec arriération mentale,* on observe des altérations importantes qui, dans une certaine mesure, donnent des indications sur le pronostic et sur les résultats des traitements pédagogiques.

L'encéphalogaphie révèle, dans un grand nombre de cas de *syndromes psychiques* (démence précoce, démence sénile), un substratum anatomique indiscutable.

Dans les *ramollissements cérébraux,* l'encéphalographie a surtout un intérêt pathogénique en montrant avec quelle rapidité des lésions telles qu'une distension ventriculaire, une atrophie corticale, etc., peuvent se constituer.

Dans les *tumeurs cérébrales,* la ventriculographie doit être préférée à l'encéphalographie, s'il y a de l'hypertension ; dans le cas contraire, les deux méthodes ont leurs indications.

Action thérapeutique. — La céphalée et les vertiges post-traumatiques s'atténuent ou même disparaissent dans 70 à 80 pour 100 des cas, après encéphalographie ; les autres éléments du *syndrome post-commotionnel* sont moins régulièrement améliorés : les accidents convulsifs sont heureusement influencés dans la moitié des cas.

L'effet thérapeutique est moins net dans l'*épilepsie* essentielle et les améliorations sensibles et durables sont peu nombreuses.

L'encéphalographie à titre thérapeutique n'est indiquée dans les *encéphalopathies de l'enfance* que s'il y a des crises convulsives fréquentes ou des phénomènes d'agitation rebelles aux traitements usuels ; les résultats sont tout à fait relatifs.

Le mode d'action de l'encéphalographie est mal connu ; on peut supposer que le passage de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens distend les adhérences ; la circulation du liquide céphalo-rachidien s'en trouve

facilitée ainsi que le cours du sang dans les veines, par diminution de l'œdème et redressement des coudes vasculaires produits par les adhérences.

Discussion des rapports sur la ventriculographie et l'encéphalographie.

MM. DE MARTEL et GUILLAUME rappellent la technique de ventriculographie qu'ils ont récemment décrite ; elle évite de traumatiser le cerveau et paraît remarquablement peu nocive. Les auteurs ont tendance à éviter la ventriculographie dans les tumeurs de la fosse postérieure lorsque le diagnostic en est certain, car les malades sont en général en très mauvais état et parce que la fosse cérébrale postérieure est toujours explorée en entier dans les interventions postérieures.

M. PURVES STEWART (de Londres) décrit un petit appareil qui permet de ponctionner les ventricules sans trépanation, en évitant tout choc et presque sans douleur.

M. LARUELLE (de Bruxelles) rappelle que sa méthode du repérage ventriculaire n'a pas pour but de mettre en évidence la configuration, mais la topographie des ventricules ; c'est une technique simple, qui évite des traumatismes importants à des malades qui ont une symptomatologie discrète. Elle permet de voir si le troisième ventricule est libre ou bouché, de reconnaître des tumeurs absolument latentes et de distinguer les tumeurs des ramollissements.

MM. DECHAUME et WERTHEIMER (de Lyon) apportent leur statistique de ventriculographie et projettent des clichés ventriculographiques de tumeurs rares (tumeur de la poche de Rahtke sans calcification, tumeur du trigone, tumeur des noyaux gris.

M. GOZZANO (de Naples) estime que la ventriculographie donne surtout des résultats utiles lorsqu'une forte quantité d'air a été injectée ; pour la faire supporter facilement, il faut injecter des doses croissantes à plusieurs jours d'intervale.

M. FORSTER (de Greifswald) projette une série de clichés de ventriculographies, faites en particulier dans des tumeurs kystiques et des hydrocéphalies ; chez deux malades atteints de narcolepsie, l'injection d'air a supprimé l'hypersomnie ; dans des cas de démence précoce, la dilatation des ventricules cérébraux a démontré l'existence d'un substratum organique à la base de l'affection ; la ventriculographie a un intérêt médico-légal chez les traumatisés du crâne en montrant parfois des anomalies ventriculaires.

M. LHERMITTE rappelle qu'à l'inverse la ventriculographie peut provoquer des crises de narcolepsie.

COMMUNICATIONS

Le repérage ventriculaire chez le nourrisson et l'enfant, par M. MEYER (de Strasbourg).

L'auteur a employé la méthode de Laruelle chez 38 enfants dont 15 nourrissons ; l'injection d'air, contrairement à la ponction lombaire, peut avoir des suites pénibles mais de courte durée ; elle a par contre parfois de bons effets thérapeutiques, par exemple dans l'hydrocéphalie sans blocage, et elle constitue un élément précieux de diagnostic. Dans 5 cas, l'autopsie a confirmé les indications que le repérage avait données.

L'hyperthermie réactionnelle dans l'encéphalographie,
par M. B. Goyanes (de Valence).

On peut avoir des hyperthermies réactionnelles dépassant 39°, même après injection de petites quantités d'air ; il s'agit d'une irritation directe des centres du 3e ventricule par l'air injecté.

Cysticercose cérébrale et ventriculographie,
par MM. Froment, Wertheimer et Dechaume (de Lyon).

Des ventriculographies faites chez un malade présentant un syndrome d'hypertension indiquent qu'il y a une tumeur frontale, mais le 3e ventricule est dilaté et tous ses récessus sont visibles. L'examen histologique d'un fragment de kyste prélevé au cours d'une intervention a permis de reconnaître une cysticercose cérébrale, dont les localisations probablement multiples expliquent les résultats de la ventriculographie.

A propos de la ventriculographie,
par MM. Schröder et Knud Winther (de Copenhague).

Les auteurs rapportent les résultats de 30 ventriculographies qui leur paraissent démontrer l'intérêt de la méthode.

Hydrocéphalie interne traumatique expérimentale,
par MM. Wertheimer, Fontaine et Dechaume (de Lyon).

Dans les accidents cérébraux des traumatismes expérimentaux, il survient très rapidement des hydrocéphalies internes, qui sont dues à des blocages des voies du liquide céphalo-rachidien par des caillots sanguins ; les blocages peuvent s'accompagner d'hémorragies intenses au niveau des points traumatisés ou à distance.

Encéphalographie expérimentale chez le chien,
par MM. Wertheimer, Fontaine, Lévy et Dechaume (de Lyon).

Technique d'exploration radiologique des ventricules chez le chien après injection d'air. Il est possible, après injection ventriculaire ou spinale, de mettre en évidence l'hydrocéphalie ou les blocages post-traumatiques.

Technique d'exploration radiologique des ventricules chez le chien après injection d'air. Il est possible, après injection ventriculaire ou spinale, de mettre en évidence l'hydrocéphalie ou les blocages post-traumatiques.

Un cas de ventriculographie lipiodolée,
par M. Brunschweiler (de Lausanne).

Observation de ventriculographie lipiodolée faite en 1924 chez un enfant atteint de tumeur du cervelet ; les clichés pris en diverses positions montrent que les voies de communication entre les ventricules sont restées perméables.

J. Tusques.

SOCIÉTÉS

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 29 juillet 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Différenciation des tempéraments, par M. DE GREEF.

L'auteur envisage l'aspect morphologique de la question, réservant l'étude du point de vue psychologique pour une communication ultérieure.

Après une analyse et une critique des différentes classifications anthropologiques proposées par les écoles française, allemande et italienne, l'auteur montre combien il est difficile de grouper en des « types » définis les nombreuses variétés d'individus que l'on peut rencontrer.

Aucune classification ne permet de tenir compte des facteurs de race, des facteurs endocriniens ni du fait qu'à certaines époques de la vie il peut y avoir passage d'un « type » dans l'autre.

On est obligé de créer des types intermédiaires, comme, par exemple, celui du « leptosome sportif ». Ces schémas sont souvent insuffisants et ne permettent pas de tenir compte de l'évolution d'un individu.

Certaines maladies, comme la tuberculose par exemple, peuvent faire varier le type, et créer également certains caractères mentaux bien définis, en rapport avec les particularités morphologiques.

L'auteur pense qu'il serait préférable d'envisager les types des diverses classifications en cours, comme des altérations du type athlétique considéré comme type moyen normal. Lorsqu'on envisage les choses de cette manière, on constate qu'au fur et à mesure qu'on s'éloigne de ce type moyen normal, on voit augmenter la proportion des altérations mentales et des criminels. L'auteur pense donc qu'il y aurait intérêt à remplacer les « types » morphologiques des écoles française, allemande et italienne, par la conception d'un type normal, qui peut varier par altération de ses caractères physiques.

Deux cas de vagabondage par aliénation mentale,
par MM. Cleen et Goemans.

1) Le premier cas concerne un homme de 49 ans, atteint de débilité mentale, chez lequel s'est développé un délire érotomaniaque.

Il existe des tares névropathiques dans la famille ; une sœur du malade est internée.

A la suite d'une plaisanterie banale faite par des camarades, on a vu se développer chez le sujet un délire ayant pour base des relations imaginaires avec une jeune fille de son village. Il se rend coupable d'une violation de domicile, pour laquelle il est condamné, puis des menaces envers des personnes qu'il accuse de séquestrer sa « fiancée ». A la suite de mauvaises affaires et de la vente de ses biens, il tombe dans le vagabondage et est interné à la Colonie de Merxplas. L'examen au moyen des tests donne un âge mental de 6 ans ; le sujet continue à exprimer des idées délirantes systématisées, dont le centre est constitué par ses fiançailles imaginaires. Au point de vue organique, on note de l'hypertension et un certain degré de sclérose artérielle. Les auteurs pensent qu'un état de démence organique au début vient compliquer la déficience mentale congénitale.

2) Le second cas est celui d'un homme de 30 ans, débile mental également, qui depuis l'âge de 13 ans a présenté des crises épileptiques.

Les antécédents héréditaires sont normaux et le malade a vécu dans un milieu honnête. Il se rend coupable de vols pour lesquels il est condamné. Il fait également des fugues fréquentes dont il ne conserve qu'un souvenir partiel, et c'est au cours d'une de ces fugues qu'il est condamné pour vagabondage. Des essais de réadaptation conduisent rapidement à de nouvelles fugues. Cependant, pendant les périodes d'internement, aucune manifestation comitiale n'a été constatée.

Les auteurs ont rapporté ces observations, assez banales au point de vue de leur intérêt psychiatrique, dans le but d'illustrer la thèse que l'un d'eux a développée précédemment concernant les lacunes qui existent encore dans la procédure actuelle en matière de vagabondage.

Il est certain que dans ces deux cas, c'est à tort qu'il y a eu condamnation. Celle-ci figure au casier judiciaire et entraîne la perte de certains droits civils. La principale réforme à apporter à cette procédure serait de remettre l'ordonnance définitive du juge jusqu'au moment où l'examen anthropologique et mental aura été effectué.

J. Ley.

Séance du 30 Septembre 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Manifestations psychopathiques à la suite de traumatismes craniens chez l'enfant, par M. G. VERMEYLEN.

L'étiologie traumatique de certains troubles du caractère chez l'enfant a été moins souvent étudiée que l'étiologie infectieuse. Le traumatisme peut déterminer des altérations cérébrales diffuses ou localisées. L'auteur a eu l'occasion d'observer, en peu de temps, quatre cas, dont il rapporte les observations. Il s'agit d'enfants de 6 à 8 ans, dont l'hérédité est normale, et qui, à la suite de traumatismes craniens de gravité variable (fêlure du crâne dans deux cas), présentèrent des troubles du caractère très analogues : colères, instabilité, méchanceté allant souvent jusqu'à la cruauté, et enfin, frayeurs diverses ou même anxiété. Les facultés intellectuelles restent le plus souvent intactes. Il peut y avoir diminution du rendement scolaire, mais non de l'intelligence.

L'auteur rappelle les discussions concernant la question de savoir si ces modifications du caractère doivent être considérées comme une sorte de libération d'instincts inférieurs, ou plutôt comme des troubles véritablement nouveaux, résultant d'une sorte de transformation de la personnalité morale. A certains points de vue, on peut admettre qu'il n'y a pas formation d'une constitution nouvelle, mais plutôt retour à un état antérieur par atteinte des processus de contrôle récemment acquis. Cependant la méchanceté et la cruauté si fréquentes dans ces cas, ne peuvent s'expliquer de cette manière et apparaissent bien comme des dispositions nouvelles.

Enfin il y a lieu d'attirer l'attention également sur les traumatismes obstétricaux, qui sont beaucoup plus néfastes qu'on ne le croit généralement, en ce qui concerne les troubles du caractère chez l'enfant.

Psychose hallucinatoire chez un trypanosomié, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Relation du cas d'un nègre congolais chez lequel s'est développé, depuis un an, un syndrome paranoïde à base hallucinatoire. Bien que le sujet ait quitté l'Afrique depuis dix ans, l'examen systématique permettait de suspecter la trypanosomiase en raison des antécédents, d'une adénopathie sus-claviculaire, de la réaction méningée, de la précipitation atypique du benjoin colloïdal, des altérations du fond des yeux. Néanmoins, plusieurs recherches du trypanosome dans le sang, le suc ganglionnaire et le liquide céphalo-rachidien étaient restées négatives.

Cependant, après un traitement d'essai au tryponarsyl et à l'émétique, un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien permit de mettre le trypanosome en évidence.

Les auteurs font remarquer le temps de latence énorme (au moins 10 ans)

entre les symptômes infectieux initiaux et l'apparition des accidents psychiques, ce qui explique l'atténuation des signes cliniques et des réactions biologiques de la trypanosomiase. Ce cas démontre une fois de plus, tant au point de vue théorique qu'au point de vue thérapeutique l'importance d'un examen somatique minutieux chez tout malade présentant un syndrome mental d'apparence purement psychogène.

Le traitement de la schizophrénie, par M. SANO.

L'auteur passe rapidement en revue les principales recherches entreprises pour élucider les problèmes d'ordre pathogénique, ou simplement pour expliquer la symptomatologie de la schizophrénie. L'étude de son matériel lui permet de croire que trois facteurs principaux doivent être retenus, dans la recherche des causes de cette maladie. Il faut envisager :

1° Le rôle de l'hérédité, qui était nettement tarée dans 90 0/0 des cas de son matériel.

2° Le rôle des préoccupations d'ordre psychologique au début de l'affection (Traumatismes affectifs, causes morales et sociales, surmenage).

3° Le rôle d'un facteur infectieux, qui paraît bien intervenir dans un grand nombre de cas.

Au point de vue thérapeutique, il faut éviter les traitements affaiblissants, tels que médication calmante trop brutale, enveloppements ou isolement prolongés, etc. Le dément précoce doit être considéré comme un malade à soutenir dans une lutte contre une infection. Son métabolisme est réduit à un niveau dont il ne faut pas exiger plus que ce qu'il peut donner. Dans la thérapeutique par les chocs, il faut être prudent, et éviter d'affaiblir le malade.

Les traitements opothérapiques ont souvent été essayés, mais n'ont guère donné de succès.

L'auteur pense qu'il faut en tout premier lieu apporter à ces malades une aide hygiénique : conditions de vie, alimentation, air, lumière, etc.

Il faut ensuite lui procurer un milieu favorable, loin de sa famille, dont l'influence est le plus souvent néfaste. Le milieu doit être simple, et permettre au malade un travail modéré. L'exemple du milieu est très important, et ces dispositions permettent une rééducation psychologique et sociale du malade.

Un cas d'hyperostose frontale interne en 1786, par M. MOREAU.

En 1786, un quadruple assassinat ayant le vol pour mobile fut commis à Verviers par Jacques Pierlot, curé de la paroisse.

D'après des renseignements recueillis dans un opuscule de l'époque relatant cette affaire restée célèbre, l'auteur cherche à établir le diagnostic rétrospectif du cas de Jacques Pierlot. Les documents relatent que depuis sa jeunesse il était menteur, voleur, opiniâtre et méchant. Il se plaignait de maux de tête très fréquents. Après son exécution, on constata qu'il existait à l'intérieur du crâne des concrétions osseuses dirigées vers le cerveau, principalement le long du sinus longitudinal. A part l'amoralité constitutionnelle, il n'existait pas de troubles mentaux. Cependant, l'adiposité probable, certains troubles de la pilosité, et l'hyperostose frontale permettent d'envisager le diagnostic de syndrome de Stewart-Morel.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 29 juillet 1933

Présidence : M. P. MARTIN, vice-président

Tumeur cérébrale ; présentation du malade, par M. P. MARTIN.

L'intérêt de ce cas réside dans les dimensions énormes de la tumeur extirpée, contrastant avec une symptomatologie réduite au minimum : papille de stase bilatérale et troubles moteurs très discrets du côté gauche. Il s'agissait d'une tumeur grosse comme un poing, de consistance cartilagineuse, située dans la scissure interhémisphérique et cachant le corps calleux. Extirpation ; suites opératoires normales. La tumeur, qui paraît constituée en grande partie par une masse anhiste, n'a pas encore été examinée histologiquement d'une manière complète.

Nucleus diaphragmœ, par M. J. DAGNELIE.

Après un résumé historique de nos connaissances cliniques et expérimentales sur la localisation du noyau du diaphragme, qui permettent de situer celui-ci entre C_3 et C_6, l'auteur apporte les résultats d'un examen anatomique détaillé, qu'il a pu faire dans un cas particulièrement favorable.

Il s'agit d'un cas de phrénicectomie, dont l'autopsie a pu être effectuée dans de bonnes conditions, douze jours après l'intervention. L'examen histologique de la moelle cervicale montre : en C_3, chromolyse des cellules dans une partie du noyau médioventral ; en C_4, chromolyse de tout ce noyau et d'une partie du noyau central (dans la partie supérieure de cette région, c'est principalement le noyau central qui est atteint). En C_5, quelques cellules seulement sont atteintes, et en C_6 on ne relève plus aucune altération.

Cette observation confirme donc les données de l'expérimentation : le noyau du diaphragme s'étend de C_3 à C_5 et est formé principalement par le groupe cellulaire médio-ventral.

Sur un procédé de diagnostic différentiel entre les lésions vestibulaires périphériques et les lésions vestibulaires centrales, par MM. J. VANDENBRANDEN et J. DAGNELIE.

La compression des jugulaires transforme le nystagmus du 1er degré en nystagmus du 2e et du 3e degré. L'appareil vestibulaire périphérique est sensibilisé par cette augmentation de pression.

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'un homme de 35 ans, atteint d'otite moyenne purulente chronique droite, qui refusa l'in-

tervention et qui, 4 mois après, présenta des signes méningés graves. Après l'évidement pétro-mastoïdien pratiqué à ce moment, on observa un nystagmus spontané vers la gauche, dont l'épreuve de la compression des jugulaires diminuait l'intensité.

A l'autopsie, on constata un abcès du lobe temporal droit, un œdème de la région bulbo-protubérantielle et du 4e ventricule, et un abcès en formation au niveau des centres vestibulaires du côté gauche. Les auteurs interprètent cette dernière lésion comme un facteur irritatif, responsable de la symptomatologie observée.

Attitude anormale de la tête et absence de troubles sensitifs dans un cas de tumeur de la couche optique, par M. P. Divry.

Observation anatomo-clinique du cas d'un malade dont l'affection a débuté par des céphalées intenses avec vomissements, et par une attitude fixe de la tête qui était tournée vers la gauche, comme dans un torticolis spasmodique. Pas de signes cérébelleux, pas de troubles de la sensibilité, à part une hyperesthésie légère et diffuse. Les réflexes sont normaux, le pouls est rapide, il existe une certaine limitation des mouvements des globes oculaires et des réactions pupillaires, et une papille de stase bilatérale. L'acuité visuelle est cependant normale. Le liquide cérébro-spinal est fortement hypertendu et contient 130 éléments par mm³. Décès en hyperthermie après la trépanation décompressive.

L'autopsie révéla une tumeur de la couche optique gauche (gliome à petites cellules rondes), envahissant la corne occipitale du ventricule correspondant.

L'auteur insiste sur l'absence de troubles sensitifs malgré les lésions destructives de la couche optique, et sur la présence de l'attitude anormale de la tête, qui ne s'observe généralement que dans les tumeurs de la loge cérébelleuse. Il est probable qu'il faut attribuer ce symptôme, dans le cas présent, à l'hypertension intra-cranienne, particulièrement intense.

Problèmes histo-pathologiques de l'idiotie familiale amaurotique. (Projections), par M. L. Van Bogaert.

L'auteur apporte quelques résultats de ses recherches sur l'histopathologie de l'idiotie amaurotique infantile familiale. Il montre, sur des préparations obtenues par les méthodes d'Hortega et Cajal, le caractère lipopigmentaire de la dégénérescence réticulaire de Schaffer et s'attache surtout dans sa communication d'aujourd'hui à l'éclaircissement de deux points : la signification de la démyélinisation du centre ovale, observée dans certains cas, et celle de l'atrophie cérébelleuse du type très spécial étudié par Bielschowsky sous le nom de « dégénérescence centripète ». La démyélinisation est pour lui réellement secondaire : elle évolue par foyers parcellaires et ne dépend pas d'un trouble du développement seulement. L'atrophie cérébelleuse réalise un type opposé au type classique des hérédo-ataxies, mais ses recherches actuelles ne permettent pas encore de déterminer avec exactitude le point où elle débute : fibres grimpantes, fibres moussues ou grains.

Le cas rapporté par V. B. constitue la première observation histopathologique publiée en Belgique de maladie de Warren-Tay-Sachs.

Syndrome d'inhibition psychomotrice avec anneau cornéen, pigmentations cutanées, au cours de la trypanosomiase africaine. (Etude histopathologique), par MM. P. Borremans et L. Van Bogaert.

Dans le cas rapporté, le diagnostic étiologique n'a été posé qu'après la mort et ce n'est pas là le moindre intérêt de cette observation. Ce patient rentre d'Afrique en pleine période d'excitation psychique avec amaigrissement, il présente bientôt de l'ataxie, de l'impuissance, des hallucinations visuelles, un délire onirique avec fugues. Entre deux bouffées délirantes, il se comporte comme un psychasthénique. Il fait plusieurs ictus convulsifs puis des troubles sphinctériens. A la fin de sa vie, les bouffées d'excitation alternent avec des épisodes de somnolence et de catatonie ; il devient gâteux et obscène, mais ne présente jamais ni délire de grandeur, ni dysarthrie. Les ponctions lombaires montrent une hyperalbuminose de 0,70 à 1 gr. 40 et 113 cellules, les réactions de Wassermann sont constamment négatives.

Pendant son séjour à l'asile, le Dr Borremans note chez lui un état d'inhibition avec stéréotypies et conservation des attitudes, un aspect akinétique, un gros foie, un anneau cornéen brun-vert de Fleischer, une pigmentation brun-foncée symétrique des membres inférieurs et de la verge. Les réactions pupillaires sont normales. La déglutition est difficile. Il est torpide, avec quelques bouffées paranoïdes. Il meurt rapidement après un accès fébrile de trois jours, avec dyspnée foudroyante.

L'autopsie macroscopique montre une grosse infiltration des noyaux gris centraux, avec présence dans les ventricules d'une substance gélatineuse, les plexus choroïdes étant très modifiés. Le foie est chagriné, la rate atteint cinq fois son volume normal.

En présence de ce syndrome d'inhibition, de l'existence d'un gros foie, d'un anneau cornéen de Fleischer, de troubles pigmentaires des membres, une affection extrapyramidale est soupçonnée.

L'étude histopathologique minutieusement poursuivie par L. Van Bogaert montre :

1° l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse, mais atteignant surtout les noyaux gris centraux, et caractérisée ici par la présence de gros manchons plasmocytaires, de nombreuses cellules à bâtonnets avec grosse désintégration sidérophile ;

2° la présence de nombreux corps de Russell ;

3° l'absence de spirochètes pour les préparations spécifiques. Cet ensemble ne s'observe pas dans la trypanosomiase africaine, où les corps de Russell constituent une signature dont la connaissance est due à Mott.

Une anamnèse ultérieure complétée, renseigna les auteurs sur le séjour du patient dans un territoire infecté de l'Ouganda, et sur la présence d'une phase d'incubation caractéristique.

Les auteurs insistent sur le caractère extrapyramidal du syndrome trypanosique observé, sur l'aspect du tableau mental rappelant celui de la P.G., sauf l'absence de dysarthrie, de délire mégalomaniaque et de démence vraie, sur l'intérêt que présente cette pathologie pour ceux qui sont appelés à recevoir les cas neuropsychiatriques d'un grand port colonial.

L'origine des corps de Russell, à l'étude desquels ce cas se prête particulièrement, fera l'objet d'un travail ultérieur.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

L'Amour et la Haine, par le Dr Pierre JANET, Membre de l'Institut, Professeur au Collège de France. *Notes de Cours* recueillies et rédigées par *M. Miron Epstein* (1 vol. in-8°, 308 pages. Editions médicales Norbert Maloine, Paris, 1932).

Avec l'autorisation du *Professeur Pierre Janet, M. Miron Epstein* publie ici les notes recueillies par lui au Cours professé par son Maître au Collège de France en 1924-1925 sur les *sentiments d'amour et de haine.* La première partie de ce cours — *les sentiments élémentaires* — a été reprise et développée par M. Pierre Janet sous le titre « Les sentiments fondamentaux » dans le tome II de l'important ouvrage intitulé : « De l'Angoisse à l'Extase », dont il a été rendu compte ici (1).

Intitulée « *Les Eléments composants* », cette première partie du présent volume passe successivement en revue les sentiments fondamentaux et les tendances sociales. Les *sentiments fondamentaux* sont, on se le rappelle, l'effort, la fatigue, l'échec ou tristesse ou encore angoisse, et le succès ou joie ou encore triomphe. L'absence presque complète de tout sentiment correspond à ce que M. Pierre Janet désigne sous le nom de *sentiment du vide,* fréquent chez les épuisés et les neurasthéniques. C'est le sentiment de la perte des sentiments, le sentiment qu'il n'y a pas de sentiment. Toute conduite psychologique se compose de deux catégories de phénomènes : les actes primaires déterminés par le monde extérieur, et les nombreux phénomènes secondaires (réflexes proprioceptifs de Sherrington), déterminés par le sujet lui-même. Ce sont ces phénomènes secondaires qui manquent dans le sentiment du vide.

Les caractères de *l'effort* sont exactement les opposés des caractères du sentiment du vide. L'effort est une régulation de l'action primaire par addition de forces psychologiques. Cette addition se fait le plus souvent par l'éveil, pour soutenir une tendance faible, d'une tendance fortement chargée, et notamment de cette tendance générale qui se résume dans la notion de personnalité. L'effort est une *accélération de l'action.*

(1) *Ann. Méd.-Psych.,* octobre 1931, p. 317-323.

Le sentiment de *la fatigue* a également comme point de départ un désordre dans l'action primaire, mais, dans toutes les variétés de la fatigue, il se traduit par l'arrêt momentané de l'action, par la conduite du repos. La réaction de l'effort se produit souvent la première. Si l'effort ne corrige pas les troubles de l'action, une deuxième réaction intervient, celle de la fatigue et du repos. *La fatigue est un rétrécissement de l'action.*

Le sentiment de *l'angoisse* a sa source dans les insuccès et dans les émotions. Les modifications dues à l'état d'angoisse peuvent être ramenées à trois types principaux : modifications viscérales, modifications intellectuelles (tantôt arrêt, tantôt une certaine excitation), et modifications de la conduite ou de l'action (tantôt suspension, tantôt une certaine agitation). A ce sentiment correspondent la conduite de *l'échec*, et le phénomène des conduites inverses. L'émotion est une réaction anticipée. L'émotivité est une habitude morale de faire la réaction de l'échec trop tôt, parce que nous nous jugeons trop faibles devant la difficulté de l'action. L'angoisse est une *peur de l'action.*

Les deux termes d'angoisse et de joie se rapprochent par leur exagération. Il y a sentiment de *triomphe* quand il y a succès ; il y a sentiment d'angoisse quand il y a échec. Le succès, c'est l'abréaction totale. Mais il est très rare d'obtenir un succès complet. Les variétés du triomphe et de la jouissance dépendent des actes antérieurs et de la force propre des individus. Il y a des gens qui ne savent pas jouir, de même qu'ils ne savent pas souffrir. Enfin le phénomène du triomphe, avantageux par lui-même, conduira parfois à des gaspillages inutiles, à une conduite organisée donnant naissance à un nouveau phénomène : le jeu, la plaisanterie, la comédie de l'action. Pour M. Pierre Janet, le jeu est une exploitation de l'acte du triomphe. Le triomphe est, en résumé, un *gaspillage de l'action.*

Ces quatre *régulations* principales de l'action ont des conséquences multiples : sur le langage d'abord, qui n'est qu'une représentation abrégée de l'action, sur le phénomène connu sous le nom d'objectivation des sentiments. A ces quatre régulations correspondront quatre *états de sentiments* auxquels il faut ajouter l'état de vide, étudié en premier lieu, et *l'état de calme*, qui correspond à un équilibre entre ces quatre sentiments.

M. Pierre Janet aborde ensuite, dans un deuxième chapitre, l'étude des principales *tendances sociales*, conduites habituelles que les hommes ont les uns vis-à-vis des autres aux différents degrés de développement psychologique : les tendances sexuelles, la pudeur et les caresses, qui jouent un grand rôle dans les phénomènes affectifs, de même que l'imitation, la collaboration et l'assistance ; l'ordre et l'obéissance, phénomènes très importants de la psychologie sociale, la discussion, la hiérarchie sociale, les conduites individuelles, insistant sur ce fait que nos conceptions sur la personnalité, tant celle des autres que la nôtre propre, sont très vagues, très fragiles, souvent même très fausses.

La deuxième partie du cours, qui traite des *sentiments affectifs*, comprend également deux chapitres, l'un sur l'antipathie et la sympathie, l'autre sur la haine et l'amour. La matière en sera reprise par M. Pierre Janet dans un prochain volume sur les sentiments sociaux et les sentiments religieux.

Tous les sentiments, amour, haine, effort, fatigue, indifférence, sont donc des actes, des conduites, des manières de réagir. Mais tandis que les actions ordinaires proviennent des stimulations du monde extérieur, les sentiments sont des réactions internes : ils sont proprioceptifs. Les tendances sont sus-

ceptibles au plus haut degré de provoquer des sentiments et de se combiner avec eux. Ces combinaisons des sentiments avec nos conduites sociales vont donner des amalgames de plus en plus complexes, les sympathies et les antipathies, les amours et les haines. Le sentiment du vide affectif peut être conscient ou inconscient. L'*indifférence affective* consciente peut supprimer ou transformer successivement toutes les formes des sentiments humains, la haine, l'amour, l'effort, la fatigue, l'intérêt social, l'affection, les sentiments religieux. Le sujet n'a pas perdu la croyancce religieuse, il a perdu l'émotion de la croyance. Quant à l'indifférence affective inconsciente, c'est tout simplement un rétrécissement de l'action.

Dans l'*antipathie*, on veut simplement écarter la présence de certaines personnes, tandis que dans la haine on veut écarter non seulement la présence, mais l'existence même de la personne. L'antipathie est une conduite à moitié seulement objective, dont la raison se trouve dans l'état général de notre être intime. Elle se rattache aux tendances sociales sexuelles, verbales (le plus fréquemment) et individuelles. Les plus fréquentes antipathies individuelles sont celles qui s'exercent sur les membres de la même famille. A ces antipathies, M. Pierre Janet rattache l'objectivation, l'ascétisme et la subjectivation. *La timidité* et les antipathies ne sont que le même fait, regardé de deux points de vue différents : du point de vue des sentiments ou du point de vue de la conduite. Les antipathies sont des sentiments de recul, d'éloignement, la timidité est la conduite, l'acte même de s'écarter. Les antipathies et les timidités consistent dans une dévalorisation, un dénigrement de l'action. L'antipathie et la timidité s'expliquent par une régulation des conduites sociales au moyen de la réaction de fatigue.

Les *sympathies* sont au contraire des actes faits avec plaisir, avec intérêt. On y retrouve les trois formes principales signalées à propos des antipathies et la même origine dans les dispositions morales de notre être intime. M. Pierre Janet étudie ici deux troubles pathologiques très intéressants : la recherche exagérée de *domination* sous ses diverses formes qui sont, en résumé, des exploitations psychologiques du commandement, et la recherche exagérée de *direction*, exploitation du phénomène de l'obéissance. Le phénomène de la direction est une pseudo-obéissance de même que le phénomène de la domination est un pseudo-commandement. Il y a moins d'opposition qu'on ne croit entre ces deux manies. Elles se rencontrent souvent dans une seule et même personne. Les maniaques de direction sont presque toujours, dans leur famille, des tyrans.

Un peu d'*égoïsme* est nécessaire à la vie, puisque c'est le point de départ de la conscience. M. Pierre Janet propose de réserver le nom d'égoïsme aux tendances personnelles réfléchies. Ces tendances personnelles peuvent être appliquées à d'autres tendances voisines, donnant naissance à des variétés telles que l'avarice, prendre des formes sociales, l'orgueil, la susceptibilité si souvent jointe à la timidité. M. Ernest Seillière est tout disposé à croire que l'égoïsme est tout simplement de l'impérialisme.

Pour M. Pierre Janet, tous ces *troubles* dépendent d'une faiblesse et non d'une force. La sympathie n'est que l'intérêt que nous apportons à la personne à l'égard de laquelle nos actions sont accompagnées d'effort. Et cette personne nous intéresse lorsqu'elle favorise nos propres actions, notre propre personnalité. En résumé, les phénomènes de sympathie résultent de l'addition de l'effort aux tendances personnelles.

Abordant l'étude de phénomènes plus graves et plus complexes : les haines et les amours, l'auteur commence par un résumé des sentiments et des

délires de persécution, parce que ces délires sont à ses yeux la forme la plus exagérée, la plus typique, la plus absurde même de ces conduites qui composent l'essentiel du sentiment de haine, donc la plus propre à les mettre en relief. Le délire est une affirmation fausse inévitable, donc irresponsable. M. Pierre Janet décrit, d'après leur contenu, trois espèces de délires de persécution : des délires physiques (affirmation délirante d'abominables et perpétuels supplices infligés par des ennemis, mais qui ne laissent aucune trace, circonstance dont le persécuté ne se préoccupe nullement), des délires sociaux accompagnés d'hallucinations, et des délires psychologiques dont les plus beaux exemples sont le vol et l'écho de la pensée.

Le délire de persécution est une affirmation admirable, radicale, absolue ; il est systématisé, rétrospectif, égocentrique, nullement justifié à nos yeux. Le mot de délire de persécution que lui ont donné Esquirol et Lasègue, nous induit en erreur. En réalité, on devrait l'appeler le *délire de la haine*. La persécution n'est que la forme objective de la haine. La haine est une tendance à la disparition, à la mort, à la destruction d'une personne. Nous l'avons déjà signalé à propos de l'antipathie. Et l'auteur fait observer qu'il y a deux délires qui contiennent une idée de mort : le délire de mélancolie qui a pour but, pour terme le suicide ; le délire de persécution ou délire de haine, qui a pour terme l'assassinat.

L'essentiel du délire n'est d'ailleurs pas cette affirmation, cette croyance. Ces malades s'efforcent de démontrer que leurs ennemis les détestent afin de prouver, et en quelque sorte aussi de justifier le fait qu'ils les détestent eux-mêmes. Ainsi que l'avait bien vu Bernard-Leroy, ce qui caractérise ce délire, c'est l'exagération d'une certaine conduite : l'essentiel de ce délire est un *délire de défense*. Ce sentiment de haine a sa source dans le sentiment de l'angoisse, dans la réaction de l'échec. Mais ici le phénomène d'arrêt de l'action n'est pas un arrêt de l'action général, relativement universel, comme dans la mélancolie. Chez le persécuté, il porte uniquement, exclusivement sur les actions sociales. De plus, à cette action gênée, inhibée, tandis que le mélancolique réagit par l'écartement-fuite, le persécuté réagit par l'écartement-répulsion. La *haine* a comme point de départ une difficulté de l'action. Au contraire, quand il y aura des actions faciles, on les fera avec amour.

L'*amour* est un sentiment beaucoup plus vague et beaucoup moins compris que la haine. Il faut tout d'abord distinguer deux variétés : l'amour-possession et l'amour-aspiration. *L'amour-aspiration* se présente en pathologie comme un état d'*obsession*, soit sous une forme générale, soit sous une forme spéciale, précise, qui peut revêtir elle-même deux aspects, l'amour-aspiration proprement dit et l'obsession après la conquête se présentant sous forme de regret. Dans l'amour-aspiration, il s'agit d'actions sociales, actes sexuels, actes d'obéissance, de commandement, d'intelligence, de dévouement. On y note, à côté du besoin de direction, le besoin d'admiration, le désir de protection, l'aspiration aux éloges, forme de la vanité, le besoin d'aventures, d'excitation intellectuelle, le besoin de se dévouer. Mais le phénomène qui domine l'amour, c'est le besoin d'un associé pour accomplir une action quelconque.

L'amour-possession nous ramène aux conduites sexuelles, conduites de joie, de triomphe, qui s'opposent aux conduites de peur ou de fuite, aux conduites de l'angoisse. De plus, l'amour physique se présente chez l'homme à deux points de vue : d'abord au point de vue du fonctionnement physio-

logique, mais ce n'est là qu'une partie de la question ; ensuite, c'est un moyen pratique d'obtenir un gaspillage des forces psychologiques, suivi de récupération. L'acte sexuel apparaît donc comme une bonne spéculation. Mais toutes les spéculations ne rapportent pas de bénéfices. L'acte sexuel est difficile à accomplir physiquement et surtout moralement. Il se heurte à une foule de problèmes. Ceci nous permet de mieux comprendre le phénomène des *perversions sexuelles,* qui visent à tirer de l'acte sexuel, plus ou moins habilement, le plus de bénéfice possible avec le moins possible de dépense.

Aimer quelqu'un, c'est accomplir un acte de triomphe grâce à lui, acte de triomphe qu'on ne saurait faire sans lui. Le type de ces amours est l'amour sexuel : il consiste dans la dépense de forces considérables en vue d'un acte triomphal qu'on ne peut accomplir qu'avec une certaine personne. Mais ce caractère se retrouve dans toutes les amours : amour dominateur, amour aspirant à des flatteries, à des aventures, ou à jouer un rôle. De même, il y a joie à propos du triomphe de l'objet aimé et depuis quelques siècles nous voyons se développer cette conduite de l'amour désintéressé.

L'amour des hommes est donc une conduite utile qui produit des joies et des triomphes, recherchée, mais difficile à réaliser parce que soumise à de nombreuses et pénibles conditions externes et internes. Aussi existe-t-il de nombreux substituts de l'amour : nous les trouvons dans de nombreuses maladies mentales, des délires, des rêveries, dans un grand nombre de disciplines bien organisées comme la littérature, l'art, les religions, nous en trouvons même dans nos amitiés. Il y a aussi dans l'amour, hypothèse psychologique transformée en idée-fixe, une part considérable du travail de l'imagination.

Les sentiments paraissent comme quelque chose de difficilement explicable, si on ne les rattache pas, comme l'a fait le professeur Pierre Janet, aux autres phénomènes psychologiques, aux actions, et à ces actions qui sont des régulations de mouvements : effort, fatigue, angoisse, triomphe. On entrevoit ainsi une infinité de combinaisons des différentes conduites humaines avec les différentes régulations et on devine quelle sera l'infinie variété des sentiments.

Le temps lui-même modifie toutes choses. Une première modification des sentiments résulte de leur simple succession : l'amour peut venir après la haine, ou après l'effort, ou après la sympathie. Il y a des transformations anormales, paradoxales, des sentiments en leurs contraires. Faire longtemps la même action avec effort peut amener de la fatigue et de l'épuisement, c'est-à-dire le sentiment inverse. Ce serait une erreur psychologique que de considérer le sentiment, la joie par exemple, comme quelque chose d'inerte. On rencontre même parfois le renversement, l'inversion des sentiments. Infiniment variés et changeants, les sentiments sociaux varient, d'autre part, avec le niveau intellectuel de celui qui les éprouve. L'intelligence des phénomènes élargit les motifs de nos actions.

Remercions *M. Miron Epstein* d'avoir ainsi recueilli et clairement exposé la substance de l'enseignement si personnel du *professeur Pierre Janet* sur les sentiments. Le psychiatre trouvera de plus, dans ces leçons, à propos du délire de persécution, des obsessions, des perversions sexuelles, de l'autisme, du freudisme, etc., des vues originales et fécondes. L'insuffisance de ce compte rendu, insuffisance que traduisent à la fois et sa longueur et ses lacunes, sera

peut-être moins sévèrement jugée par ceux qui, ayant lu l'ouvrage, seront éblouis de sa richesse. C'est un livre qu'il est indispensable d'avoir lu et médité.

René CHARPENTIER.

L'amour et l'émotion chez la femme. Esquisse psychophysiologique, par le Dr André BINET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy. *Préface* de M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE (1 vol. in-16, 170 pages avec 12 héliogravures d'art hors texte, Félix Alcan, édit., Paris, 1933).

M. André *Binet,* dont on connaît le volume sur la *Vie sexuelle de la femme* (*L'Expansion scientifique française,* 1932), livre dont *M. Siredey* a naguère écrit la préface, a « posé un instant le bistouri » pour exposer ses idées et le résultat des constatations d'un gynécologue sur des problèmes de psychologie féminine. Etant de ceux qui considèrent que les problèmes sexuels doivent être abordés franchement, sans pruderie ni sentimentalité, avec toute la clarté et la concision possibles, il trace ici à grands traits le tableau de l'émotivité féminine dans ses rapports avec l'instinct sexuel, avec l'espoir justifié qu'on y pourra puiser quelques indications éducatives.

Après quelques notions générales sur l'émotion, la manifestation de l'émotion, ses réactions psychiques et organiques, et sur l'émotivité chez la femme, il met en évidence le rôle primordial des émotions sexuelles aux différents âges. Des chapitres sont consacrés à la pudeur, à la coquetterie, aux équivalents sexuels (danse, flirt, fiançailles), aux composants de l'amour, aux divers aspects de l'amour (amour instinctif, amour affectif, amour imaginatif ou romanesque, amour spirituel ou mystique), aux anomalies et aux perversions émotives sexuelles. D'une lecture agréable, émaillés de citations, ces petits tableaux d'un clinicien averti traduisent l'effort convergent actuel vers une sexologie scientifique dont les conclusions et les applications pourront être dans l'avenir, ou bienfaisantes, ou redoutables.

Et l'auteur ayant écrit ailleurs (*Le Siècle Médical,* août 1933, n° 158, p. 1), en rappelant une phrase de son maître le *Professeur Bernheim,* que tout praticien doit être, par quelque côté, psychiatre, son œuvre nous intéresse tout particulièrement. Il le prouve d'ailleurs par le souci d'éducation, donc d'hygiène et de prophylaxie mentale qui est le sien. « Sans une connaissance approfondie de l'élément psychique en pathologie et en thérapeutique, disait Bernheim, nous ne sommes pas en réalité des médecins, mais des vétérinaires. »

Douze héliogravures d'œuvres d'art illustrent ce livre et évoquent les divers aspects que peut revêtir l'émotion sexuelle.

René CHARPENTIER.

Le suicide, par Charles BLONDEL. 1 vol. de 132 p., Librairie universitaire d'Alsace, Strasbourg, 1933.

L'auteur estime avec Halbwachs que contrairement à Durkheim, le suicide, acte purement personnel et non imposé par autrui, doit être distingué du sacrifice. Et il fait un historique rapide, avec Bayet, de l'attitude de plus en plus indulgente prise par la morale des sociétés à son égard.

La conception psychiatrique est exposée avec clarté et complaisance. Blondel s'attache à montrer comment les aliénistes, tout en considérant le suicide comme un symptôme pathologique, avaient, bien avant les socio-

logues, signalé l'importance du milieu social dans sa production. Pour Esquirol et Falret, le suicide est toujours morbide, relevant soit d'un trouble mental habituel et incontestable, soit d'un délire passionnel transitoire. Dans ce dernier cas, il a pour cause, indépendamment de la prédisposition à ce délire passionnel, l'état général de la civilisation, ainsi que les conflits de la vie sociale. L'action des circonstances physiques extérieures pour eux est nulle. Les suicides les plus réfléchis, dit Esquirol, les mieux concertés, sont le fait d'une détermination délirante.

La thèse psychiatrique ci-dessus est celle d'Esquirol et de Falret. L'auteur l'accepte. Il n'en est pas de même de la thèse de Delmas, dont on a déjà ici-même publié une analyse critique (1) et à laquelle Blondel reproche d'être ultrapathologique, fondée sur le dogme de la quinité mentale, relevant d'une phrénologie sans organologie, mais non d'une psychologie véritable.

La conception sociologique est exposée et critiquée avec tact et rigueur, notamment la thèse d'Halbwachs, dont on a pu lire ici-même le compte rendu et la discussion (2). Les statistiques sont souvent incomplètes ou insuffisantes, saisissant les aliénés internés, non les autres, les litres d'alcool consommés et non les alcooliques.

Après avoir soigneusement détaillé les théories de Durkheim et d'Halbwachs, il montre l'erreur du raisonnement de celui-ci. Sous le prétexte que des faits sociaux peuvent être la cause occasionnelle de troubles mentaux, il veut intégrer ces troubles à la sociologie. Mais ces troubles mentaux sont des phénomènes psychophysiologiques et par conséquent irréductibles, de par leur nature même, à la sociologie.

Contrairement au credo de la méthode sociologique, tout fait social ne suppose pas une cause sociale. Le social se fait avec du non social, comme le vivant se fait avec de l'inanimé. Il y a des facteurs physiologiques indispensables à la vie sociale, comme il y a des facteurs physiques et chimiques indispensables à la vie organique, mais ne relevant pas de la biologie. L'être est une unité à la fois biologique et sociale. Mais, au fond, le social ne peut recevoir d'autre explication qu'une explication physiologique, car le social a ses conditions d'appel et n'existe qu'autant que le physiologique l'admet.

Ceci posé, il est certain que les circonstances sociales sont un facteur agissant de suicide, mais elles n'agissent que sur les individus présentant des caractères physiologiques particuliers.

Pour conclure, facteurs biologiques et facteurs sociologiques entrent en jeu dans le déterminisme du suicide, mais en proportions souvent inverses. Et l'on peut distinguer deux groupes de suicides.

Le groupe des suicides où le facteur social n'est pour rien. Ce sont les suicides d'aliénés. C'est dans l'état morbide que siège le motif de l'acte. Les circonstances sociales n'ont pas joué, ou ont joué un rôle tout apparent. La détresse où le sujet a été acculé est la conséquence du trouble mental initial qui empêcha son adaptation. La contribution de la sociologie à l'étude de la paralysie générale, par exemple, est insignifiante.

Le groupe des suicides où le social est pour beaucoup, ce sont les suicides de psychopathes et de déséquilibrés. Les circonstances sociales peuvent

(1) COURBON. — *Ann. médico-psychologiques*, 1933, t. I, p. 228.
(2) COURBON. — *Ann. médico-psychologiques*, 1931, t. I, p. 322.

parfois avoir une influence énorme, comme l'ont montré Esquirol et Falret. Elles peuvent déterminer l'état passionnel pathologique décrit par ces auteurs. La contribution de la sociologie à l'étude et à la prophylaxie de ces cas est très importante.

Ces deux groupes bien définis épuisent-ils tous les suicides ? Ou bien faut-il leur en adjoindre un troisième pour les suicides d'individus normaux ? L'auteur ne le dit pas avec netteté, se contentant de rappeler que pour la majorité des psychiatres, tout suicide est pathologique et de déclarer que, pour lui, « pratiquement, il ne semble guère y avoir de suicide, sinon d'aliénés et de psychopathes ».

La discussion de cette apparence mérite une place que le cadre réservé à ce compte rendu ne permet pas de lui accorder ici. Elle sera l'objet d'un article à part. Telle quelle, l'étude de Blondel constitue la mise au point la mieux documentée et la plus complète, la plus sagement pondérée et la plus convaincante des acquisitions récentes de la sociologie et de la psychiatrie sur le suicide.

Paul COURBON.

SEXOLOGIE

Traité de sexologie normale et pathologique, par le Dr A. HESNARD, médecin en chef de la marine, *Préface* du Dr TOULOUSE, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle (1 vol. in-8°, 718 pages, avec 72 figures, Payot, éditeur, Paris, 1933).

Si l'on peut différer d'avis sur certaines tendances à une spécialisation outrancière et à l'abus de compartiments trop souvent étanches, tous approuveront certainement un travail de synthèse qui aboutit à la présentation d'un volume nouveau, consacré à l'étude d'ensemble d'une des plus importantes fonctions biologiques, de la plus importante sans doute puisque, à travers l'individu, elle vise à la conservation de l'espèce. Pour cette œuvre nouvelle, *M. Hesnard* était tout désigné, tant par son passé de physiologiste que par l'orientation particulière de ses études sur la psychanalyse, l'inconscient, le narcissisme, la vie et la mort des instincts chez l'homme, la psychologie homosexuelle, etc. Ainsi que l'écrit dans la Préface de l'ouvrage le *Dr Toulouse*, président de l'Association d'études sexologiques, ce livre est une excellente mise au point des divers problèmes que pose l'étude de la sexualité.

Après une introduction consacrée à la définition de la sexologie et de l'instinct sexuel, et dans laquelle M. Hesnard rappelle les travaux de *Havelock Ellis, S. Freud* et *G. Marañon*, l'auteur aborde, sous le titre de *Biosexologie*, l'étude des fondements biologiques de l'instinct sexuel. Dans une série de chapitres, consacrés aux processus sexuels en biologie générale, à la sexomorphologie, à la sexoendocrinologie, à la sexoneurologie et à la sexophysiologie spéciale, il étudie successivement la sexualité dans la série animale, depuis ses origines dans la cellule et ses manifestations chez les êtres de structure élémentaire, jusqu'à ses expressions chez les êtres d'organisation complexe, et la place sexuelle de l'Homme dans l'échelle des êtres vivants. Résumant ensuite la morphologie sexuelle et ses lois, il expose les résultats des récentes découvertes endocrinologiques, les conditions hormoniques et neurologiques de l'appétit sexuel, le déterminisme

psychophysiologique de l'impulsion sexuelle, depuis sa forme brute de faim sexuelle jusqu'à ses formes socialisées et achevées, qui réalisent l'évolution du désir érotique et permettent le passage biologique de l'auto-érotisme à l'allo-érotisme.

La deuxième partie, ou *sexopsychologie,* traite des conditions bio-psychologiques du désir érotique et de la psychologie de l'acte sexuel dans lequel M. Hesnard voit le type même de l'acte psychique hautement différencié, bien que s'effectuant en pleine inhibition de toute vie intellectuelle, parce qu'il déclenche la pleine libération de la vie affective. L'auteur décrit ensuite l'évolution psychosexuelle de l'individu depuis les phases de la sexualité infantile et les métamorphoses psychiques de la puberté jusqu'au déclin de l'âge critique et de la sexualité ; les érotismes pré- et para-génitaux, les grandes caractéristiques des comportements masculin, féminin et intersexuel, virilité, féminité, intersexualité psychique, narcissisme ; le mécanisme psychologique de la Contre-sexualité ; les corrélations psychosexuelles générales et spéciales (caractérologie, sentiments sexuels comme la pudeur, l'amour, la jalousie) ; et termine cette seconde partie de l'ouvrage par une esquisse d'Ethnologie et d'Ethologie sexuelles en étudiant la sexopsychologie sociale et ses applications théoriques à l'Education sexuelle, à la Morale et à l'Hygiène. Rappelant la phrase de Marañon, « il faut remplacer le mystère du sexe par la vérité du sexe », M. Hesnard conclut qu'on doit, en dépit de difficultés d'application qu'il ne méconnaît pas, admettre le principe de l'*éducation sexuelle,* collective, généralisée. « L'éducation sexuelle de « l'avenir aura, parallèlement, pour rôle social, de faire la femme plus « indulgente au besoin érotique de l'homme, et l'homme plus compréhensif « du droit de la femme à l'attention tendre de l'homme (p. 492). »

Il fait une brève allusion à l'*Eugénique,* et à la *Stérilisation* des anormaux et des criminels, « très admissible en principe, mais dont la réali- « sation délicate exige, dans la pratique, un sérieux examen de la question « par les psychiatres et par les juristes (p. 498). » Ces questions et celle de la *morale sexuelle* auraient sans doute mérité de plus amples développements et une discussion plus approfondie. Mais l'auteur a pris soin, dans son Introduction, de nous avertir qu'il n'a pas la prétention de donner des conclusions « à ces redoutables questions sociales ». Le but qu'il s'est proposé ici est d'éclairer ceux qui, « plus tard », tireront ces conclusions... Pourtant, dans de nombreux pays, déjà, des conclusions ont été transformées en dispositions législatives, et ces dispositions appliquées depuis plusieurs années.

Dans une troisième partie, « pathologique », laissant arbitrairement de côté les anomalies et les troubles divers de la fonction sexuelle, tels que les lésions et maladies de l'appareil génital, dont la description est éparse dans les traités de gynécologie, d'urologie, de vénéréologie, mais qui devraient figurer dans un traité complet de sexologie, M. Hesnard se cantonne à la *pathologie de la vie sexuelle,* qui a fait l'objet de nombreux travaux psychiatriques et à laquelle, après Freud et depuis son livre avec Régis sur la psychanalyse des névroses et des psychoses, il a consacré d'importants ouvrages dont il a été rendu compte aux lecteurs des *Annales Médico-psychologiques.* En tête de cette sexopathologie, il place les syndromes sexo-endocriniens, syndromes d'insuffisance sexuelle, d'hyperactivité sexuelle, d'intersexualité morbide. Puis, les différents aspects de l'auto-érotisme morbide, masturbation, narcissisme érotique, phantasmes érotiques (sadiques, masochistes, exhibitionnistes, scoptophiliques, fétichistes, homosexuels), les impuissances

viriles, les frigidités féminines, les hyperérotismes auto-érotiques ou allo-érotiques, ces derniers beaucoup plus rares. Deux chapitres sont ensuite consacrés aux *perversions sexuelles* en général, déviation de la tendance, de l'impulsion sexuelle normale, bien distinguées de la perversité, tendance à faire le mal pour le mal : perversion de but, d'objet, homosexualité, fétichisme, bestialité, zoophilie érotique, vampirisme et nécrophilie, voyeurisme, exhibitionnisme, sadomasochisme, etc., dans la genèse desquelles l'auteur fait une part importante à l'influence des événements traumatiques de l'enfance, et dont il rappelle la parenté avec la névrose et la dysendocrinie.

Le Traité se termine par un plan de *thérapeutique sexologique physique*, endocrinienne notamment et *psychique*. La thérapeutique psychique des troubles sexuels sera, en bien des cas, analogue à la thérapeutique des névroses. Mais pour faire reprendre au malade l'évolution psychosexuelle contrariée, M. Hesnard estime que seule la psychothérapie sexuelle « d'inspiration » psychanalytique pourra atteindre ce but. Il ajoute que « le méde-« cin n'est pas tenu de voir dans les règles édictées par la Société interna-« tionale de psychanalyse, des principes absolus, rigides et démon-« trés (p. 703). »

On devine, à travers ce trop bref compte rendu, tout ce que ce livre contient de faits et d'idées. Beaucoup de celles-ci mériteraient de plus amples développements que l'auteur nous donnera certainement. Certaines, et cela confirme leur intérêt, appelleraient la discussion. Ce que personne ne saurait mettre en doute, c'est l'utilité de la conception de ce premier Traité de Sexologie et la réussite de cette tentative, réussite due tant à l'expérience particulière de l'auteur en ces questions, qu'à ses qualités remarquables d'exposition.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Le symptôme, le patient et la crédulité (El sintoma, el paciente y la credulidad), par Luis Hector INCHAUSPE. 1 brochure, 20 pages. *Edition « Las Ciencias »*, Buenos Aires, 1933.

L'évolution des doctrines scientifiques qui bouleverse si fréquemment, de génération en génération, les conceptions du médecin, ne modifie en rien les besoins moraux des patients. La maladie, en affaiblissant leur résistance, augmente leur soif de certitude et développe l'anxiété. D'ailleurs, pour le médecin comme pour son client, le besoin de croire reste intact au fond de la personnalité ; l'objet seul des croyances se modifie. M. Inchauspe nous montre le client bourré de notions médicales, avec son vocabulaire traditionnel, curieux de maladies, réclamant du médecin toute la vérité, affirmant sa force morale et sa certitude de pouvoir supporter sans broncher le verdict du pronostic le plus sombre. Il s'agit le plus souvent d'un hypocondriaque, d'un anxieux qui se donne des airs de bravoure. Que le médecin surveille son propre langage, qu'il note la détente provoquée par un diagnostic réconfortant ; ce malade peut être irrémédiablement influencé par la consultation qu'il est venu demander. Sa confiance est basée sur l'autorité du spécialiste qui devra, dans ses discours, user des termes choisis qui ont cours dans sa clientèle, ne pas sous-estimer certains symptômes, mais préciser qu'il possède les moyens de les guérir.

P. CARRETTE.

Le traitement de la Syphilis, par A. Sézary, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, 2e édition, (1 vol., 215 pages, in *Collection des initiations médicales*, Masson et Cie, édit., Paris, 1933).

Les progrès de la thérapeutique antisyphilitique expliquent le succès de la première édition de cet excellent livre, dans lequel *M. A. Sézary* précise les principes et la technique du traitement. Sous une forme extrêmement didactique et pratique, l'auteur étudie successivement les médicaments antisyphilitiques et les traitements mixtes dans lesquels ils se trouvent associés. Il en indique la posologie, l'activité thérapeutique et les dangers.

M. A. Sézary donne ensuite les règles de la direction du traitement dans les diverses éventualités susceptibles de se présenter à propos de la syphilis acquise ou de la syphilis héréditaire, passant en revue les différentes circonstances cliniques devant lesquelles le médecin peut se trouver placé. Les difficultés parfois considérables que l'on peut rencontrer à l'occasion du traitement de la syphilis feront apprécier d'autant plus au médecin praticien et à l'étudiant la clarté et la précision des conseils qui résultent de l'expérience de l'auteur.

R. C.

MÉDECINE LÉGALE

L'enfant délinquant (Pathogénie et Prophylaxie de ses actes anti-sociaux); par le Dr André Beley, ancien externe des Hôpitaux de Paris interne des asiles de la Seine. *Thèse Paris*, 1933, 95 pages ; (*préface* du Dr G. Heuyer), aux Editions Véga.

La loi de 1912, qui créa les Tribunaux pour enfants et adolescents (de 13 à 18 ans), comporte essentiellement les trois dispositions suivantes :

elle écarte de toute juridiction l'enfant qui n'a pas atteint 13 ans ;

elle pose la question du discernement des mineurs délinquants de 13 à 18 ans ;

elle établit pour eux la « mise en liberté surveillée » en les confiant à la garde des parents ou d'une institution charitable, ou d'un délégué désigné par le Tribunal.

Or il y a un abus certain de cette liberté surveillée, faute d'œuvres suffisamment nombreuses ou vastes pour recevoir des mineurs à rééduquer mentalement et étant donné que les familles d'anormaux sont le plus souvent incapables, soit moralement, soit matériellement, de surveiller leurs enfants ainsi qu'il conviendrait. Aussi réclame-t-on depuis longtemps la création d'établissements d'éducation et d'adaptation pour enfants instables, où les directives médico-psychologiques soient prépondérantes et individuelles. Avec la thérapeutique appropriée à chaque cas, c'est là véritablement la prophylaxie de la délinquance juvénile et, dans une forte proportion, celle par contrecoup de la criminologie de l'adulte.

Pour M. A. Beley, tous les enfants délinquants sont des instables, élimination faite des arriérés et des sujets présentant déjà une psychose constituée (démence précocissime par exemple). L'instabilité serait le symptôme commun à toutes les « maladies du caractère » de l'enfant et représenterait la base même de ses réactions anti-sociales. Ayant posé ce postulat, quelque peu critiquable, il aborde l'étude de l'enfant instable, plus exactement rendu tel par des troubles du caractère.

A la base du délit, l'on trouve l'un au moins des trois éléments suivants :

tares héréditaires des procréateurs, toxiques (alcool), infectieuses (syphilis, tuberculose), sociales (désunion ou déchéance) ;

facteurs pathologiques aigus, antécédents toxiques ou infectieux personnels, avec atteinte encéphalitique ;

éducation passivement ou activement mauvaise (enfants foncièrement normaux mais « pervertis »).

Et à la base de la délinquance, l'instabilité. Celle-ci cependant n'est pas une entité nosologique, mais un syndrome sous la dépendance d'une constitution morbide, émotive, schizône, paranoïaque, cyclothymique ou perverse.

Les délits des instables mineurs se rangent en trois catégories : les délits d'occasion ou d'entraînement ; les délits d'impulsion ; les délits de constitution (pervers). La prophylaxie de la délinquance consiste à faire traiter et rééduquer ces anormaux, mais une organisation préventive officielle manque chez nous, alors qu'elle existe en Belgique, en Allemagne et chez les Soviets. Nous ne possédons pas d'établissements médicaux de rééducation individuelle des enfants anormaux, en dehors de l'Ecole Théophile-Roussel à Montesson. Et alors, si la colonie pénitentiaire peut être évitée, le Tribunal est obligé, toutes les œuvres privées étant pleines et par suite impossible le placement de l'enfant dans un établissement approprié, de décider la liberté surveillée, l'enfant étant, soit remis à sa famille, soit confié à un patronage ; mesure qui ne saurait s'adapter à la majorité des délinquants à rééduquer.

Et, comme conclusions à sa thèse médico-sociale tout particulièrement intéressante et documentée, Beley demande la création de médecins spécialisés, à la fois pédiatres, psychiatres et pédagogues, qui joueraient le rôle de fonctionnaires assermentés, de « juges » médicaux, et celle d'autre part d'établissements officiels où seraient traités les mineurs instables et qui assureraient les uns la prophylaxie du délit, les autres celle de la récidive.

Roger DUPOUY.

Méthodes psychologiques en médecine légale psychiatrique (Methodos psychologicos na pericia psychiatrica), par Eurico SAMPAIO, *Cours de perfectionnement de psychiatrie pour médecins, avocats et étudiants. Clinique Psychiatrique de la Faculté de médecine de Rio.* 1 brochure, 32 pages, Rio de Janeiro, septembre-octobre 1932.

La médecine légale psychiatrique fait appel à 2 ordres de connaissances : d'une part, l'étude des symptômes permettant de diagnostiquer un état mental ; d'autre part, les notions de psychologie expérimentale destinées à l'établissement d'un bilan de l'état des facultés des sujets par la mesure de leur degré d'intelligence et aussi de sincérité.

Les méthodes d'enseignement de la pathologie mentale sont connues. Il est plus intéressant d'insister sur les procédés de la psychologie expérimentale. M. Sampaio les divise en 3 groupes : 1. détermination de la capacité d'appréciation de la valeur des actes par l'analyse des facultés ; 2. état des forces actives et inhibitrices (affectivité, suggestibilité, automatisme) ; 3. méthodes spéciales d'investigation : psychodiagnostic de Roschard, psychanalyse, réflexe galvanopsychique, etc... L'auteur décrit encore les moyens pratiques d'exploration tels que la méthode des mots inducteurs d'Aschaffenburg et les tests de Binet-Stanford.

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Remarques sur quelques essais de physiologie pathologique en pathologie mentale, par le professeur Henri CLAUDE. *Biologie Médicale.* Tome XXIII, pp. 49-94, février 1933.

L'union de la neurologie et de la psychiatrie ne peut qu'être féconde en progrès constants dans les recherches pathogéniques au sujet des psychoses. Le professeur Henri Claude recommande d'abord de ne tirer des conclusions qu'avec une grande prudence ; l'association des syndromes psychiques et neurologiques mérite d'être longuement analysée, mais il convient de noter que pour nombre de travaux récents, la documentation anatomo-physiologique est souvent défaillante dans le domaine qui correspond aux troubles mentaux. C'est dans ces conditions que nous avons vu apparaître ces dernières années, la forme anxieuse des névraxites (Targowla), les signes psychiques de la sclérose en plaques, de l'encéphalite épidémique, de la sclérose latérale amyotrophique, des tumeurs cérébrales ; les états d'excitation, de dépression, de confusion dans des manifestations cérébrales d'origine artérielle. Par contre, il convient de signaler la remarquable tolérance du cerveau — en ce qui concerne les fonctions psychiques tout au moins — à l'égard de processus gliomateux, inflammatoires ou dégénératifs amenant des désordres parfois étendus ; de sorte que la question des rapports entre les lésions encéphaliques et les troubles mentaux reste ouverte malgré les progrès de la clinique et les investigations anatomiques. On compte d'ailleurs de nombreuses descriptions de scléroses cérébrales du type Schilder, Foix-Marie, ou du type Alzheimer accompagnant des troubles mentaux extrêmement variables par leur symptomatologie et leur évolution.

Le problème doit être également abordé d'un point de vue opposé : celui de l'expérimentation et du syndrome neuro-somatique complétant le tableau des psychoses. La catatonie expérimentale par la bulbocapnine (de Jong et H. Baruk), les encéphalopathies avec crises épileptiformes, la tuberculose des déments précoces, les troubles neuro-végétatifs des délirants hallucinatoires, des cyclothymiques fournissent des hypothèses pathogéniques encore bien fragiles. Et on peut en dire autant de l'interprétation trop systématique de la notion des constitutions et des troubles des fonctions endocriniennes.

Il reste cependant que tous ces travaux tendent à la recherche de perturbations physiologiques et anatomiques dans les psychoses. L'auteur critique à ce propos les généralisations hâtives de la théorie de l'activité réflexe de Bechterew et de celle des antagonismes de Pavlow, notamment au sujet de l'hystérie. Plus fructueuses lui paraissent être les déductions tirées des travaux sur la chronaxie. Cependant le fait de découvrir pourquoi une fonction psychique se désagrège, n'a pas encore expliqué comment s'élabore la pensée. Le psychothérapeute n'en est pas réduit à abandonner la place au neurologue et à l'endocrinologiste. Il doit coordonner

leurs résultats et faire état de ses méthodes particulières. L'alliance raisonnable des conclusions biologiques et des inductions de la psychologie orientera les découvertes de la pathologie mentale dans l'avenir.

P. CARRETTE.

L'obsession, par Raymond MALLET. *La Presse Médicale,* 24 septembre 1932.

L'auteur présente deux obsédés, l'un cœnestopathe, l'autre atteint d'anxiété, de la hantise d'impulsions violentes. Il préconise pour eux les sédatifs et le traitement des troubles physiques. La psychanalyse lui paraît ne pas devoir leur être appliquée, cette méthode étant plutôt réservée aux abouliques et aux pervers. P. CARRETTE.

Note sur l'hystérie dans le Proche-Orient, par MM. J. TRABAUD, SAMI et SATTI, et HOSNI SABAH, Professeurs à la Faculté de Médecine de Damas. (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* Séance du 7 février 1933).

L'hystérie, devenue rare en occident, continue, disent les auteurs, à trouver parmi les Arabes du Proche-Orient, un milieu de culture favorable. Toutefois, les grands syndromes hystériques sont exceptionnels. Les paralysies, les contractures, les grandes convulsions cloniques et toniques, les attitudes passionnelles sont rarissimes en l'absence de modèles. On observe quotidiennement la petite crise avec anxiété, boule pharyngienne : l'accès de dépression physique avec accélération du pouls et des mouvements respiratoires, etc., en un mot, bien que les auteurs ne l'écrivent pas, des manifestations hystéro-émotives, plutôt que des manifestations pithiatiques pures. Les conditions sociales faites à la femme musulmane expliquent, sans parler de la prédominance générale des réactions émotives et instinctives chez la femme, la plus grande fréquence des manifestations de petite hystérie chez la femme des villes.

Soumise à la tradition pour le mariage, la vie de famille, etc., elle est souvent réduite aux dissimulations et aux mensonges, pour se défendre contre le milieu familial. Le mensonge inconscient, la comédie de l'amour ou de la dissimulation lui sont un refuge et une arme nécessaire, et, du mensonge à l'hystérie, les nuances sont indiscernables et vite franchies.

Toutefois, l'hystérie se voit également chez les hommes, mélange de manifestations émotives et de comédie demi-inconsciente dans certains cas, d'hystérie légitime dans d'autres, lorsque la superstition et la croyance dans la possession par les « Djinns » vient ancrer chez les simples l'origine mystérieuse des crises nerveuses. Certains cheiks intelligents savent discerner ces crises par possession des crises nerveuses légitimes, et obtiennent parfois des succès thérapeutiques par une contre-suggestion pittoresque et persuasive que leur autorité leur permet d'exercer. SENGÈS.

Contribution casuistique à l'étude des psychoses gémellaires, (Contribucion casuistica al estudio de las psicosis gemelares), par J. SANCHIS BANÚS et D. NIETO. *Archivos de Neurobiologia,* juillet-août 1932.

Deux sœurs jumelles, produit d'une grossesse univitelline, comme le montrent la formule dactyloscopique et celle du groupe sanguin, accouchent en même temps et présentent, à quelques jours d'intervalle, un

accès hébéphréno-catatonique à peine différent dans les nuances. Les auteurs trouvent, dans cette observation, un argument décisif en faveur de la nature endogène des schizophrénies post-puerpérales. La grossesse a été la cause occasionnelle de l'éclosion d'un mécanisme psychosique latent, facile à prévoir par l'examen de l'arbre généalogique des 2 sœurs fortement chargé de cas pathologiques de la série schizothymique.

P. CARRETTE.

Sur la double génèse et le schèma constitutionnel des troubles psychopathiques, par G. BYCHOWSKI. *Neurologja Polska.* T. XV, nos 1, 2, 3, 4, 1932.

L'analyse de certains syndromes psychopathiques montre de plus en plus leur double origine psychique et somatique. Bychowski indique comment un même trouble peut se présenter, soit comme un trait constitutionnel, soit comme l'effet d'une lésion cérébrale, soit encore comme le résultat de changements purement dynamiques. Il a observé des perturbations des fonctions de relais dans la maladie de Schilder et des modifications analogues relevant d'états psychopathiques. Il déclare que la représentation corticale de la sphère affective peut être atteinte dans son dynamisme aussi bien que dans son substratum matériel et que le même type de lésions aboutissant à des effets analogues se retrouve dans les processus schizophréniques d'une manière diffuse ou en foyer dans l'agnosie. Certaines fonctions de sélection du moi, maintenant la hiérarchie des idées, s'altèrent dans les états constitutionnels ; or, on tend à attribuer parfois à des lésions du lobe frontal des troubles du même ordre. Bychowski expose, en outre, que l'analyse de la pensée schizophrénique indique l'envahissement de la sphère de l'orientation par la sphère affective, résultat d'une excitation anormale du système nerveux végétatif. La pathogénie des états psychopathiques doit emprunter à la pathologie cérébrale tout autant qu'à la psychanalyse et respecter le principe de l'unité biologique et fonctionnelle de la personnalité pour progresser méthodiquement. P. CARRETTE.

Recherches sur le rôle de la constitution et du caractère dans les syndromes paranoïaques de nature symptomatique, par J. DRETLER. *Nowiny Psychjatryczne,* Tome IX no 3 et 4, 1932.

Les syndromes paranoïaques symptomatiques, délires systématisés secondaires, constituent 16 0/0 du matériel clinique de l'auteur. L'hérédité similaire n'existe pas plus fréquemment que dans les autres syndromes psychopathiques. On note une légère prédominance du type pycnique et des tendances maniaques. Le caractère paranoïaque ne se retrouve pas dans le passé du malade ; il ne s'agit que de réactions occasionnelles, accrues par les modifications affectives, en particulier l'exagération du sentiment du moi. P. CARRETTE.

Étude du caractère des sujets chez lesquels se développe la démence précoce catatonique, (A Study of The Personality in Persons Developing Catatonic Dementia Præcox), par H. E. FAVER. *The Psychiatric Quarterly,* juillet 1932.

La note dominante du caractère des futurs déments précoces catatoniques est, d'après l'auteur, la tendaunce à l'isolement, à l'autisme. On la

retrouve dans plus de la moitié des cas où des recherches ont été faites sur la personnalité prépsychotique. Il s'agit souvent d'enfants faibles, fuyant les jeux, exigeant une protection plus efficace du milieu familial et des maîtres scolaires. Le désir de solitude est assez souvent accompagné d'irritabilité, d'instabilité et de méfiance.

P. CARRETTE.

Personnalité et Psychoses des schizophrènes pykniques et asthéniques, par F. PLATTNER-HEBERLEIN (Zurich). *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie*, 1932, Tome. CXLI, p 277 à 320.

Vingt schizophrènes ont été étudiés. Dix asthéniques et dix pykniques. Les asthéniques étaient généralement de rang social plus élevé. Chez les pykniques, on a noté des tendances pathologiques spéciales (apoplexie, diabète, constipation, dermatoses, etc.) ; chez les asthéniques, une prédisposition aux maladies infectieuses. Dans la plupart des cas, il y avait des tares névropathiques familiales. Avant la psychose, les pykniques se montraient syntones, les asthéniques schizoïdes. Les asthéniques sont entrés dans la maladie plus tôt que les pykniques. L'évolution a été rapide et sévère pour les asthéniques (états catatoniques terminaux en 2 ou 3 ans), elle a été prolongée, rémittente pour les pykniques.

Henri EY.

L'héboïdie. (Das Heboid), par J. LANGE. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 3.

L'auteur ne reconnaît pas à l'héboïdie la qualité d'un trouble autonome, mais la considère comme une forme clinique de la schizophrénie. L'observation clinique attentive démontre le caractère évolutif de la maladie et permet de retrouver parmi ses symptômes tous les troubles fondamentaux, idéatifs, affectifs, volitionnels, de la schizophrénie. L'auteur s'écarte des conceptions de Kahlbaum également en ce qui concerne le pronostic, qu'il considère comme mauvais. Il insiste sur les difficultés de l'expertise médico-légale, les conflits fréquents entre l'expert et le juge, et il pense que seule la création d'établissements spéciaux pour délinquants psychopathes apportera une solution rationnelle du problème médico-légal de l'héboïdie.

E. BAUER.

NEUROLOGIE

La place de la Neurologie dans l'enseignement de la Médecine. (Die Stellung der Neurologie im medizinischen Unterricht, par M. MINKOWSKI (de Zurich). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXX, fasc. 1er, 1932.

La neurologie a acquis depuis longtemps l'importance justifiant son élévation au rang d'une discipline autonome dans l'enseignement des Facultés. Son enseignement doit être obligatoire, la création de chaires et de cliniques autonomes est une nécessité impérieuse. L'auteur s'est livré à une enquête portant sur 22 Etats européens et les Etats-Unis. 6 Etats seulement ont reconnu à la neurologie la place qui lui revient, dans

toutes leurs Facultés : Bulgarie, Esthonie, Norvège, Portugal, Roumanie, Russie ; 4 autres possédent des chaires indépendantes dans une partie de leurs Universités : France, Hollande, Norvège ; dans 6 Etats, il existe des chaires réunies de neurologie et de psychiatrie, mais la neurologie est considérée comme une discipline à part : Grèce, Italie, Autriche, Hongrie, Tchécoslovaquie, Yougoslavie.

E. Bauer.

Un nouveau type de réflexes toniques. Le phénomène de la post-contraction ou contraction catatonique de Kohnstamm (Un nuevo tipo de reflejos tónicos. El fenómeno de la post-contracción o contracción catatónica de Kohnstamm), par M. Carmera Villarta et A. Culebras. *Archivos de Neurobiologia*. Tome XII, n° 5, pp. 630-645, septembre-octobre 1932.

La contraction énergique, volontaire, d'un groupe musculaire auquel on oppose une résistance est suivie, après une brève période latente, d'une contraction secondaire involontaire, lente et soutenue, dont Kohnstamm, puis Salmon, ont étudié les modalités. Ce réflexe tonique a son origine dans les terminaisons proprioceptives du muscle pendant sa contraction initiale isométrique. Il est réalisable par la faradisation, ce qui infirme l'opinion de Salmon, attribuant au cortex moteur l'initiative de la post-contraction. Le phénomène de Kohnstamm est exagéré dans le syndrome strio-pallidal, diminué par l'action de la scopolamine et dans les états hypotoniques.

P. Carrette.

Ventriculographie et encéphalographie. Leur valeur dans la localisation et le traitement des lésions intracraniennes. (Ventriculography and Encephalography. Their value in the localization and treatment of intracranial lésions), par Francis C. Grant. *Archives of Neurology and Psychiatry*, juin 1932.

Pour les patients chez lesquels un notable accroissement de la pression intracranienne fait soupçonner une tumeur du cerveau, l'injection d'air doit être poussée directement dans les ventricules latéraux et non pas par ponction lombaire. Le premier procédé est alors plus sûr et plus précis. S'il s'agit d'atrophie, de sclérose, de tumeur sans hypertension, ou encore du diagnostic d'une névrose traumatique, d'une forme d'épilepsie, du traitement d'une céphalalgie consécutive à un choc, l'exploration sera, de préférence, effectuée par l'encéphalographie.

P. Carrette.

L'encéphalographie chez l'enfant. (La encephalographia en la infancia), par J. M. Sala Ginabreda. *Revista Médica de Barcelona*, juillet 1932.

Les difficultés de technique rendent l'encéphalographie particulièrement délicate chez l'enfant. L'auteur publie 16 images qui permettent de confirmer les diagnostics de tumeurs, d'atrophie ou d'hydrocéphalie. L'injection lombaire ou sous-occipitale est remplacée, dans certains cas de forte hypertension, par l'intervention directe au niveau du ventricule (ventriculographie) en passant soit par une fontanelle, soit par la brèche d'une trépanation.

P. Carrette.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 novembre 1933*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 décembre 1933*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu exceptionnellement le *mardi 19 décembre 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Légion d'Honneur.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur :*

M. le Dr BARUK (Jacques), médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), président de l'Association amicale des médecin des Asiles publics d'aliénés de France ;

M. le Dr BENON, médecin-chef du quartier d'aliénés des Hospices de Nantes (Loire-Inférieure) ;

M. le Dr DELMAS (Achille), médecin des Asiles publics d'aliénés, médecin-directeur de la Maison de Santé d'Ivry-sur-Seine (Seine) ;

M. le Dr GILLES, médecin-directeur de l'Asile Saint-Lue, à Pau (Basses-Pyrénées) ;

M. le Dr SENGÈS, médecin-chef des Asiles de la Seine ;

M. TAVERNIER, sous-chef de bureau à l'Administration Centrale du Ministère de la Santé publique ;

M. HIRIGOYEN, directeur administratif de l'Asile public autonome d'aliénés de Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Médaille d'Honneur de l'Assistance Publique.

Médaille d'Argent :

M. le Dr BEAUSSART, médecin-chef à l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Nominations.

M. le Dr QUERCY est nommé médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde) ;

Mlle le Dr MARTRILLE est nommée médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre), poste créé ;

M. le Dr VALLET est nommé médecin-chef de service de l'Hôpital psychiatrique de Blida (Algérie) ;

M. le Dr BASTIÉ est nommé médecin préposé responsable du quartier d'aliénés de l'Hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne) ;

M. le Dr GENEY est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés d'Alençon (Orne) ;

M. le Dr DAUSSY est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).

M. le Dr DURAND-SALADIN est agréé en qualité de médecin-directeur adjoint de la Maison de Santé privée de Suresnes (Seine) ;

M. le Dr MALERGUE est agréé en qualité de médecin-adjoint de l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public de La Cellette (Corrèze).

Vacance de postes.

Sont déclarés vacants :

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de la Seine-Inférieure.

Création de poste.

Un poste de médecin-chef de service est créé à l'Asile public d'aliénés de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).

Concours de l'Internat en Médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Un concours pour treize places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service des prophylaxie mentale), s'est ouvert à Paris le *lundi 16 octobre 1933.*

Le *Jury* était composé de M. MICHAUT, chef de service de l'Assistance départementale et de MM. Th. SIMON, A. MARIE, SENGÈS, CAPGRAS, MAUCLAIRE, CAMUS et HEUYER.

35 candidats s'étaient fait inscrire.

Questions posées aux différentes épreuves :

Pathologie interne : Symptômes, Diagnostic et Traitement de l'Erysipèle de la Face.

Pathologie externe : Symptômes, Diagnostic et Traitement du Cancer du Rectum.

Anatomie et physiologie du Système nerveux : III[e] ventricule.

Questions restées dans l'urne :

Pathologie interne :

Symptômes, Complications, Diagnostic et Traitement des Coliques néphrétiques ;

Symptômes et Diagnostic des Anévrysmes de la Crosse de l'Aorte.

Pathologie externe :

Symptômes, Complications et Diagnostic du Mal de Pott dorso-lombaire : Symptômes, Diagnostic et Traitement des Luxations de l'Epaule.

Anatomie et Physiologie du Système nerveux :

Artère cérébrale postérieure : anatomie et physiologie.

Origines et physiologie du pneumogastrique.

Annuaire de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine.

L'édition 1933 de l'*Annuaire de l'Internat* en Médecine des Asiles publics d'aliénés du Département de la Seine, publié par l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes, est paru au mois d'août 1933.

Cet *Annuaire* contient tous les renseignements concernant le recrutement des internes en médecine des Asiles de la Seine, des médecins des Asiles de la Seine, des médecins des Asiles publics d'aliénés, etc..., les questions posées aux concours, les promotions successives de l'Internat et du Médicat des Asiles, et, généralement, tous les renseignements d'ordre professionnel (Enseignement, Sociétés, Congrès, Revues, etc.), intéressant les psychiatres. Il est envoyé gratuitement à tous les membres de l'*Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles de la Seine.*

Adresser toutes demandes, inscriptions, rectifications, etc., au *Secrétaire* de l'Association : D[r] Paul COURBON, *médecin-chef à l'Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge* (*Seine-et-Oise*).

Bibliothèque de l'Internat des Asiles de la Seine.

Nous croyons devoir rappeler aux lecteurs des *Annales Médico-psychologiques* que la *Bibliothèque de l'Internat des Asiles de la Seine,* organisée à l'*Asile Clinique* (*Sainte-Anne*), reçoit avec reconnaissance des exemplaires en toutes langues, de tous travaux concernant la neuro-psychiatrie et l'hygiène mentale. Prière d'adresser les envois à *M. le Bibliothécaire, Salle de Garde des Internes en Médecine, à l'Asile Clinique* (*Sainte-Anne*), *1, rue Cabanis, Paris* (*XIV[e] arrondissement*).

UNIVERSITÉ DE BARCELONE

Création d'une Chaire de Psychiatrie et d'une Chaire de Neurologie à la Faculté de Médecine de Barcelone.

Une chaire de *psychiatrie* vient d'être créée à la Faculté de Médecine de l'Université de Barcelone. Le Professeur MIRA a été désigné comme titulaire de cette chaire.

Une chaire de *Neurologie* vient d'être créée à la Faculté de Médecine de l'Université de Barcelone. Le Professeur B. RODRIGUEZ ARIAS a été désigné comme titulaire de cette chaire.

Ce sont, croyons-nous, les deux premières chaires spécialisées de Psychiatrie et de Neurologie créées en Espagne.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion annuelle de l'Association Espagnole de Neuropsychiatrie.

Le Conseil Directeur de la *Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale* et le Conseil Directeur de l'*Association Espagnole de Neuro-Psychiatrie,* ont décidé de reporter à une date ultérieure le Congrès qui devait se tenir à *Oviedo* à la fin du mois de septembre 1933. Cette réunion (6e Assemblée annuelle de la Ligue et 7e Réunion annuelle de l'Association), a été reportée, en principe, au mois de *juin 1934.*

Congrès des Médecins Slaves et des Médecins et Naturalistes Polonais.

Les *11 et 12 septembre 1933* s'est tenu à *Poznan,* le *Congrès des Médecins Slaves,* immédiatement suivi, du *12 au 15 septembre,* du *Congrès des Médecins et Naturalistes Polonais.*

La *section neurologique et psychiatrique* de ces Congrès était présidée par le Professeur Stefan BOROWIECKI (de Poznan).

Les sujets mis à l'étude étaient les suivants :

SECTION DE NEUROLOGIE : 1. *Les inflammations disséminées aiguës primaires du système nerveux.* — 2. *La chronaxie.*

SECTION DE PSYCHIATRIE : *La biologie criminelle.*

SECTIONS DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE RÉUNIES : *Les troubles psychiques et somatiques dans les affections des centres sous-corticaux.*

Congrès de la Société Italienne de Psychiatrie.

La *Société Italienne de Psychiatrie,* dont le *président* est le Prof. Art. DONAGGIO, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène, tiendra son XXe Congrès, à *Sienne,* du *1er au 4 octobre 1933,* après la *IIe Réunion Européenne d'Hygiène Mentale,* qui se tiendra à *Rome* les *27 et 28 septembre 1933,* sous la présidence du Professeur SANTE DE SANCTIS.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du XX[e] Congrès de la Société Italienne de Psychiatrie :

1° *Diagnostic des encéphalopathies de la première enfance.* — Rapporteur : Professeur BALDUZZI.

2° *Psychasthénie.* — Rapporteur : Professeur PUCA.

3° *Les nouvelles réalisations de l'assistance hospitalière psychiatrique à l'étranger.* — Rapporteur : D[r] MANZONI.

Les présidents du *Comité d'organisation* sont les Professeurs A. D'ORMEA et G. AYALA.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général, « Ospedale Psichiatrico di S. Niccolo », in Siena (Italie).

Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie.

La *84[e] Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie* se tiendra à *Prangins*, près *Nyon* (Suisse), les *7 et 8 octobre 1933*, sous la *présidence* de M. le D[r] TRAMER.

Samedi 7 octobre

Arrivée à Nyon, des trains de Lausanne et Genève, à 12 h. 15 et 13 h. 07. Des autocars se trouveront sur la place de la Gare, à 13 h. 15, pour conduire les congressistes aux Rives de Prangins. Arrêt au débarcadère, à 13 h. 20.

13 h. 30 : Séance scientifique à la villa « La Barcarolle ». Discours d'ouverture du *vice-président* de la Société Suisse de Psychiatrie, D[r] R. DE SAUSSURE (de Genève).

Sujet : *Le problème des hallucinations.*

Rapporteurs : 1. Prof. H.-W. MAIER (*de Zurich*) ; — 2. D[r] Henri EY (*de Paris*) ; — 3. D[r] FLOURNOY (*de Genève*).

Discussion des rapports.

17 h. : Thé offert à la villa « Sans-Souci ».

17 h. 30 : Visite de l'établissement.

19 h. 30 : Dîner officiel offert par l'établissement à « Haute-Rive ».

21 h. : Soirée dans les salons de « Haute-Rive » (tenue de ville).

Dès 22 h., autocars à disposition pour Nyon, Gland et Divonne.

Dimanche 8 octobre

8 h. : Départ des autocars de Divonne (devant l'Etablissement thermal).

8 h. 15 : Départ des autocars de Nyon (débarcadère), et de Gland (La Lignière).

8 h. 30 : Séance administrative à la villa « La Barcarolle ».

9 h. : *Communications :*

1. Prof. LHERMITTE (de Paris) : *L'hallucinose pédonculaire.*
2. D[r] G. DE MORSIER (de Genève) : *Le syndrome hallucinatoire (automatisme mental) en pathologie générale.*
3. Prof. Ludo van BOGAERT (d'Anvers) : *Hallucinations et phénomènes oculogyres.* Discussion.
4. D[r] M. BOSS (de Zurich) : *Halluzinationen in statu nascendi.*
5. D[r] F. MOREL (de Genève) : *De quelques caractères cliniques des hallucinations auditives verbales.*

6. Dr C.-G. Tauber (de Berne) : *Die Halluzinationen im Heilungsvorgang der Schizophrenie.*
7. Dr J. Wyrsch (de St-Urban) : *Uber schizophrene Sinnestäuschungen.* Discussion : Dr A.-J. de Jonge (de Prangins) : *Hallucinations et énergie psychique.*
8. Dr de Montet (de Vevey) : *L'hallucination et le réel.*
9. Dr G. de Morsier (de Genève) : *Le syndrome mystique. Un cas de syndrome hallucinatoire de type mystique au cours d'une syphilis cérébrale.*

12 h. 30 : Lunch à « Haute-Rive ».

13 h. 30 : Départ en autocars pour Divonne. Départ en autocars pour la visite de l'établissement « La Lignière » à Gland.

16 h. : Collations à Divonne et à Gland offertes par les établissements.

Les autocars assureront la correspondance (gare de Nyon) pour les trains directs du soir. Direction Genève : 18 h. 20 ; Direction Lausanne-Bâle-Zurich : 17 h. 55.

Congrès international d'Hygiène.

XXe Congrès annuel d'hygiène, Paris, Institut Pasteur, les 23, 24, 25 et 26 octobre 1933 sous le *haut patronage* de M. Albert Lebrun, *Président de la République.*

Le *Congrès international d'hygiène*, organisé par la *Société de médecine publique et de génie sanitaire*, s'ouvrira sous la *présidence* effective de M. Daniélou, *Ministre de la Santé publique*, et de M. Paul-Boncour, *Ministre des Affaires étrangères.* Il tiendra séance les lundi 23, mardi 24, mercredi 25, jeudi 26 *octobre*, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la *présidence* de M. le Dr Dequidt, *Président de la Société* pour 1933.

En raison des circonstances économiques graves du moment communes à tous les pays, le Conseil d'administration de la Société a pensé qu'il convenait de donner au Congrès d'hygiène de 1933 un caractère international et d'inscrire à son programme deux grandes questions d'actualité pour l'étude desquelles la collaboration de délégués étrangers lui est apparue comme particulièrement utile.

1° *Les grands travaux publics d'hygiène et la crise économique ;* 2° *La coordination des efforts dans la lutte anti-tuberculeuse, urbanisme et tuberculose.*

La discussion de ces questions dans un milieu d'hygiénistes, médecins, administrateurs et techniciens, est susceptible d'apporter une utile contribution à la solution des graves problèmes posés par la crise économique.

Conférence biennale d'Hygiène Mentale organisée par The National Council for Mental Hygiene.

Cette *troisième conférence biennale* se tiendra à *The Caxton Hall Westminster*, à Londres, du 22 au 24 novembre 1933, sous la présidence de Son Altesse Royale, le Prince George, *président* du *National Council for Mental Hygiene.*

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la Troisième Conférence :

22 novembre 1933,

20 h. 30 : *La place de la santé psychique dans la vie de la nation,* par Sir Maurice Craig, et le Professeur W. Langdon Brown (de Cambridge).

23 novembre 1933,

14 h. 30 : *L'œuvre de la loi de 1930 sur le traitement des troubles mentaux,* par le Dr J.-S.-I. Skottowe.

17 h. : *Les problèmes sexuels de l'adolescence,* par le Dr E.-B. Strauss et le Dr E. Graham Howe, pour la réunion masculine,

et Mme le Dr Elizabeth Sloan Chesser et Mlle Doris M. Odlum, pour la réunion féminine.

20 h. 30 : *Le Suicide et la Société,* par le Dr Bernard Hart et le Dr J.-E. Nicole.

24 novembre 1933,

14 h. 30 : *The Neurotic,* par le Dr T.-A. Ross et M. J.-R. Rees.

17 h. : *Punition ou Traitement,* par M. Alexander Paterson et le Dr R.-G. Gordon.

20 h. 30 : *L'esprit de jeu en tant que problème national,* par le Dr H. Crichton-Miller.

25 novembre 1933,

10 h. 30 (cette séance aura lieu dans le local de la Société Royale de Médecine) : *L'attitude médicale devant le crime,* par le Dr M. Hamblin Smith et le Dr R.-D. Gillespie.

Un programme détaillé sera publié ultérieurement. Pour tous renseignements, s'adresser à *The Secretary, The National Council for Mental Hygiene, 78, Chandos House, Palmer Street, London, S.W. 1.*

Congrès International de Psychologie.

Des difficultés inattendues ayant empêché la publication *in extenso* des travaux présentés au *10e Congrès International de Psychologie,* tenu à *Copenhague,* du *22 au 27 août 1932,* un court compte rendu, publié ultérieurement, contiendra les résolutions et vœux votés par le Congrès, les titres des travaux présentés et la liste des membres du Congrès de Copenhague.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le contrôle international du commerce des stupéfiants.

Trente-neuf pays ont ratifié ou adhéré à la convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, convention qui entrait en vigueur le 9 juillet dernier. Ces pays, au nombre desquels on compte la plupart des pays manufacturiers, sont les suivants : *Allemagne, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Costa-Rica, Cuba, Egypte, Espagne, Etat libre d'Irlande, Etats-Unis, France, Royaume-Uni, Guatémala, Haïti, Hongrie,*

Inde, Italie, Lithuanie, Mexique, Monaco, Nicaragua, Pays-Bas, Perse, Pérou, Portugal, République Dominicaine, Roumanie, Suède, Saint-Marin, Salvador, Soudan, Suisse, Turquie, Tchécoslovaquie, Ville libre de Dantzig, Pologne et *Uruguay.*

En application de la convention sur les stupéfiants, les estimations des quantités de drogues que chaque pays jugera nécessaires pour l'année prochaine, pour des buts médicaux et scientifiques, ont dû être envoyées au Comité central permanent de l'opium à Genève, avant le 1er août. Le Comité de contrôle, nouvel organisme international qui devra examiner ces estimations, a été constitué comme suit: Sir MALCOLM DELEVINGNE, K. C. B., K. C. V. O. (Anglais), désigné par le Comité consultatif de l'opium et autres drogues nuisibles ; M. HERBERT L. MAY (Américain), désigné par le Comité central permanent de l'opium ; professeur M. TIFFENEAU (Français), désigné par le Comité d'hygiène ; Dr H. CARRIÈRE (Suisse), désigné par l'Office international d'hygiène publique de Paris. Ce Comité de contrôle a déjà commencé ses travaux.

La convention entrera en vigueur en deux étapes. La première partie, immédiatement applicable, concerne le système des estimations. La deuxième partie, relative au système actuel de manufacture et de contrôle sur la distribution des quantités prévues aux estimations, sera applicable à partir du 1er janvier 1934.

Au cas où les Etats, signataires au non de la convention, ne fourniraient pas des estimations avant le 1er août de chaque année, une Commission d'enquête établira elle-même ces estimations.

(*Siècle médical*).

Les nouvelles lois eugéniques en Finlande.

La section de santé publique de la Société des Nations a récemment achevé le 6e volume de son *International Health Year Book* de 1930, qui comprend les rapports sur les progrès de la santé publique dans trente-quatre pays et colonies en 1929 avec de nombreuses tables de statistique de vie.

En ce qui concerne la Finlande, le rapport signale les nouvelles lois eugéniques. Le mariage est interdit aux lunatiques, ainsi qu'aux idiots. Toute personne atteinte d'épilepsie, de maladie vénérienne au stade infectieux ne peut contracter mariage sans autorisation spéciale du président de la République. Cette même autorisation est exigée pour les sourds et les muets. Enfin, l'ivrognerie, la maladie vénérienne, la folie sont admises comme cas de divorce.

(*Siècle médical*).

Les progrès de la stérilisation eugénique aux Etats-Unis.

Au 1er janvier 1933, d'après le bulletin de *The Human Betterment Foundation,* on compte 16.066 stérilisations effectuées au lieu de 10.877 en janvier 1930, c'est-à-dire une augmentation d'environ 50 0/0 en 3 ans.

Dans chacun des Etats suivants, il a été opéré plus de 100 cas : *Californie,* 8.504 ; *Virginie,* 1.333 ; *Michigan,* 1.083 ; *Kansas,* 976 ; *Orégon,* 882 ; *Minnesota,* 693 ; *Wisconsin,* 492 ; *Connecticut,* 338 ; *Delaware,* 296 ; *Nebraska,* 229 ; *Indiana,* 217 ; *New-Hampshire,* 165 ; *Sud-Dakota,* 139 ; *Alabama,* 131.

La stérilisation eugénique aux Etats-Unis.

Vingt-six Etats des U.S.A. — représentant la moitié des Etats-Unis — ont voté des lois de stérilisation. Parmi ces vingt-six Etats se trouvent en plus grand nombre ceux de l'Ouest et du Nord-Ouest.

L'*American Birth Control Review* fait à cette occasion une vive campagne et cite un livre de M. J.-H. LANDMAN, paru, il y a un an environ, sur la question.

M. Landman distingue nettement la science eugénique de la vulgarisation scientifique populaire, utilisant la science pour établir des notions de supériorité de race, de distinction, d'intellectualité qui n'ont pas de base vraie. Il narre comment l'Etat de la Caroline du Nord rendit sa loi de stérilisation non constitutionnelle à la suite du résultat de la stérilisation qu'avait subie une certaine M. B. Cette dernière fut stérilisée non pour cause d'hérédité lourde, mais parce qu'elle était déjà la mère de cinq enfants, la femme d'un homme paresseux et ivrogne et dépendait de l'Etat pour sa subsistance.

Commentant ce cas, M. Landman écrit que la loi de stérilisation de cet Etat est illégale parce qu'elle a été appliquée pour une cause injuste sur une femme vertueuse. De plus, l'opération a été pratiquée contre le gré de l'intéressée.

Le Dr L.-E. WITNEY souligne le danger que présentera la loi de stérilisation lorsque son application sera devenue un fait social.

La stérilisation des anormaux en Allemagne.

Une loi d'Empire, promulguée récemment en Allemagne et qui entrera en vigueur le 1er janvier 1934, rend légale la stérilisation, qui pourra être appliquée à toutes les personnes atteintes de maladies héréditaires.

Contre leur volonté, les mineurs âgés de moins de 18 ans et les interdits, sur demande de leurs tuteurs et après décision du tribunal, pourront être stérilisés.

Toutes les personnes de l'un et l'autre sexes pourront être soumises à la stérilisation lorsqu'elles seront atteintes de maladies ou d'infirmités graves et héréditaires. Nous croyons utile de donner ici la traduction française *in extenso* du texte de cette loi.

Loi allemande pour empêcher la transmission de maladies héréditaires (14 juillet 1933) (*Loi de stérilisation*) (1)

§ 1

1° Pourra être stérilisée par opération chirurgicale, toute personne atteinte d'une maladie héréditaire si, selon les expériences de la médecine, il est à présumer avec grande probabilité, que sa progéniture sera atteinte de graves défauts héréditaires, soit physiques, soit intellectuels.

2° Est atteinte de maladies héréditaires toute personne souffrant d'une des maladies sous-citées :

1. Imbécillité innée ;
2. Schizophrénie ;

(1) *L'Europe Nouvelle*, n° 813, 9 septembre 1923. Sources et Documents, page 875.

3. Troubles d'esprit circulaires de caractère maniaque dépressif ;
4. Epilepsie innée ;
5. Danse de Saint-Guy (chorée d'Huntington) innée ;
6. Cécité innée ;
7. Surdité innée ;
8. Graves difformités physiques héréditaires.

3° Pourront être stérilisées en outre les personnes souffrant d'alcoolisme grave.

§ 2

1° La personne à stériliser a le droit de proposer sa stérilisation. Si cette personne est incapable ou interdite pour imbécillité, ou si elle n'a pas encore achevé sa dix-huitième année, le représentant légal aura le droit de la proposer avec l'autorisation du tribunal tutélaire (*Vormundschaftsgericht*). Dans les autres cas, la proposition d'une personne à capacité limitée nécessitera l'autorisation de son représentant légal. Une personne majeure disposant d'un curateur, devra obtenir l'autorisation de ce dernier.

2° La proposition devra être munie du certificat d'un médecin approuvé pour le Reich allemand, attestant que la personne à stériliser a été renseignée sur la nature et les conséquences de la stérilisation.

3° La proposition pourra être retirée.

§ 3

Pourront aussi proposer la stérilisation :

1. le médecin public ;
2. le directeur, pour des personnes internées dans un hôpital, un sanatorium ou dans une maison de santé, de même que dans une maison de force.

§ 4

La proposition devra être adressée par écrit, à l'office du tribunal sanitaire héréditaire (*Erbgesundheitsgericht*). Si elle n'est pas transmise par écrit, le tribunal en dressera un procès-verbal. Les faits sur lesquels se base la proposition seront rendus plausibles, soit à l'aide d'une expertise d'un médecin, soit d'une autre manière. L'office devra signaler la proposition au médecin public.

§ 5

La décision incombe au tribunal sanitaire héréditaire situé dans le district judiciaire de la personne à stériliser.

§ 6

Le tribunal sanitaire héréditaire devra être adjoint à un tribunal d'arrondissement (*Amtsgericht*). Il se compose d'un juge de tribunal d'arrondissement (*Amtsrichter*) comme président, d'un médecin public et d'un autre médecin approuvé pour le Reich allemand et spécialiste dans la médecine héréditaire. Chaque membre doit avoir un suppléant.

2° Est exclu de la présidence qui a décidé d'une demande d'autorisation de la part du tribunal tutélaire aux termes du § 2. Un médecin public ayant fait la proposition ne peut pas participer à la décision.

§ 7

1° La procédure du tribunal sanitaire héréditaire n'est pas publique.

2° Le tribunal sanitaire héréditaire devra entreprendre les enquêtes nécessaires ; il pourra interroger des témoins et des experts, ordonner que la personne à stériliser comparaisse devant le tribunal, que son état de santé soit examiné par un médecin et qu'elle soit amenée en cas d'absence non excusée. Les prescriptions du code de procédure civile s'appliquent d'une manière conforme aux interrogations et aux serments imposés aux témoins et experts, de même à l'exclusion ou à la récusation des membres du tribunal. Des médecins interrogés en tant que témoins ou experts sont tenus à déposer sans réserve du secret professionnel. Les magistrats judiciaires et administratifs, de même que les institutions pour des malades, sont tenus à donner des renseignements à la requête du tribunal sanitaire héréditaire.

§ 8

Le tribunal décidera en toute liberté en tenant compte des résultats de la séance et des preuves apportées. La décision sera prise après une délibération orale avec majorité des votes. La décision devra être déposée par écrit, revêtue des signatures de ceux de ses membres qui ont participé à la décision. Elle indiquera les raisons pour lesquelles la stérilisation a été décidée ou refusée. La décision sera transmise à la personne ayant proposé la stérilisation, au médecin public, à la personne dont la stérilisation a été proposée ou, en cas de son incapacité, à son représentant légal.

§ 9

Les personnes désignées au § 8, alinéa 5, pourront faire appel contre la décision à l'office du tribunal sanitaire héréditaire supérieur dans un délai d'un mois après la notification de la décision. Cet appel est suspensif. Le tribunal sanitaire héréditaire supérieur décidera de l'appel. Au cas de déchéance, l'appel pourra toutefois être admis en conformité avec les prescriptions du code de la procédure civile (Wiedereinsetzung in den vorigen Stand).

§ 10

1° Le tribunal sanitaire héréditaire supérieur exerce sa juridiction dans le district du tribunal de deuxième instance (*Oberlandesgericht*), auquel il est adjoint. Il se compose d'un représentant du tribunal en deuxième instance (*Oberlandesgericht*), d'un médecin public et d'un autre médecin approuvé pour le Reich allemand et spécialiste dans la médecine héréditaire. Chaque membre doit avoir un suppléant.

Le § 6, alinéa 2, s'applique d'une manière correspondante.

2° Les §§ 7 et 8 sont mis en application correspondante dans la procédure du tribunal sanitaire héréditaire supérieur.

3° La décision du tribunal sanitaire héréditaire supérieur est en dernier ressort.

§ 11

1° L'opération nécessaire pour la stérilisation sera effectuée seulement dans un hôpital par un médecin approuvé pour le Reich allemand. L'opération sera effectuée seulement lorsque la décision concernant la stérilisation sera définitive. Les autorités suprêmes des pays désigneront les hôpitaux et les médecins qui peuvent être chargés de l'opération. Ne peut pas effectuer

l'opération, un médecin ayant proposé la stérilisation ou ayant participé à la procédure en tant qu'assesseur.

2° Le médecin opérant transmettra au médecin public un compte rendu par écrit qui indique le procédé appliqué.

§ 12

1° Le tribunal ayant décidé en dernier ressort, la stérilisation aura lieu même contre le gré de la personne à stériliser, à moins qu'elle n'ait proposé seule l'opération. Le médecin public proposera aux autorités de police les mesures nécessaires. Des moyens coercitifs pourront être appliqués pour autant que d'autres mesures ne sont pas suffisantes.

2° En cas de circonstances nécessitant un nouvel examen de l'état de choses, le tribunal sanitaire héréditaire renouvellera la procédure et interdira provisoirement l'opération. La proposition ayant été rejetée, la procédure ne sera renouvelée qu'au cas où des faits nouveaux seront survenus justifiant la stérilisation.

§ 13

1° Les frais de la procédure judiciaire sont à la charge du fisc.

2° Les frais de l'opération sont à la charge de la caisse d'assurances pour les personnes assurées, et à la charge de l'association de bienfaisance (*Fürsorgeverband*) au cas de leur indigence. Dans tous les autres cas, les frais sont ouverts par le fisc jusqu'à l'occurrence des tarifs minima des médecins et des tarifs moyens dans les hôpitaux publics, le surplus restant à la charge du stérilisé.

§ 14

Une stérilisation effectuée sans observer les prescriptions de cette loi, de même qu'un enlèvement des glandes génitales, n'est admissible que si elle est effectuée par un médecin selon les règles de son art en vue d'éviter un danger pour la vie et la santé du patient qui doit avoir approuvé l'opération.

§ 15

1° Sont tenues à observer la discrétion les personnes participant soit à la procédure, soit à l'opération médicale.

2° Sera puni de prison jusqu'à une année ou d'une amende, quiconque enfreint la discrétion obligatoire sans autorisation. Il ne sera poursuivi que sur proposition. La proposition pourra être faite aussi par le président.

§ 16

1° L'exécution de cette loi incombe aux gouvernements des pays.

2° Les autorités suprêmes des pays désigneront, sous réserve des prescriptions des § 6, alinéa 1, passage 1 et § 10, alinéa 1, passage 1, le siège et le district des tribunaux. Elles en nomment les membres et les suppléants.

§ 17

Le Ministre de l'Intérieur du Reich, d'accord avec le Ministre de la Justice du Reich, rend les décrets réglementaires et administratifs en vue d'assurer l'exécution de cette loi.

§ 18

Cette loi entre en vigueur le 1er janvier 1934.

NÉCROLOGIE

Juliano Moreira (1873-1933).

Le Professeur *Juliano Moreira*, de Rio-de-Janeiro, était né à Bahia en 1873. C'est à l'Ecole de médecine de Bahia qu'il fut nommé docteur en médecine, en 1891, après une thèse très remarquée sur la *Syphilis maligne précoce.*

Nommé professeur en 1896, après une importante contribution à l'étude de l'*intoxication arsenicale*, il fut le premier, au Brésil, à décrire l'*hydroa vacciniforme*, le *Gundoum*, et donna d'excellentes descriptions de la pathologie de l'*Ainhum* et de l'observation microscopique du *Mycetoma*. C'est sur son insistanee que furent eréés les premiers laboratoires des Hôpitaux.

Nommé, en 1903, directeur de l'Asile fédéral pour les maladies mentales, il y organisa un laboratoire central moderne et fit pratiquer, en vue du diagnostic, les premières ponctions lombaires.

Membre assoeié étranger de la Société Médieo-psychologique, de la Soeiété Clinique de Médeeine mentale, de la Société de Psyehiatrie de Paris, de la Société de Neurologie de Paris, le Professeur Juliano Moreira était membre d'un grand nombre de Sociétés savantes étrangères et de toutes les Associations seientifiques importantes du Brésil. Il était président honoraire de l'Aeadémie Brésilienne des Scienees, vice-président de l'Académie Brésilieune de Médecine, etc., délégué brésilien à l'Institut international pour l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie des maladies mentales.

Il faut eiter encore, parmi de nombreux travaux, ses études sur les troubles mentaux dans la *lèpre* et dans les *maladies tropicales.*

R. C.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 46.898

Tome II. — N° 4 Novembre 1933

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LA CATATONIE COLIBACILLAIRE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE

Description générale. Mécanismes pathogéniques Premiers essais thérapeutiques

PAR

H. BARUK

Si la catatonie expérimentale bulbocapnique que j'ai réalisée avec de Jong (1), montrait le rôle des facteurs toxiques dans la catatonie, elle ne pouvait résoudre le problème étiologique. C'est à l'étude expérimentale et clinique de ce problème de l'étiologie de la catatonie que je me suis attaché désormais. Après avoir réalisé avec Bidermann et Albane une catatonie tuberculeuse (2) chez le cobaye (H. Baruk et Bertrand), je me suis orienté ensuite vers les recherches concernant les toxines colibacillaires.

J'avais été frappé, en effet, depuis plusieurs années, du rôle de la toxi-infection colibacillaire dans certaines psychoses. J'ai inspiré sur ce sujet la thèse de Forestier (3), qui constituait

(1) De Jong et Baruk. — *La catatonie expérimentale par la bulbocapnine*, 1 vol., Masson, 1930.
(2) H. Baruk, Bidermann et Albane. — *Société Médico-Psychol.*, nov. 1932.
(3) Forestier. — Les psychoses colibacillaires. *Thèse Paris*, février 1933.

le premier travail d'ensemble paru sur cette question, et ai réuni la plupart de mes documents dans un rapport récent (1).

Parmi les psychoses colibacillaires, l'hébéphrénie et la catatonie méritent de retenir l'attention. Avec le Pr Claude et Forestier (2), nous avons, en décembre 1932, individualisé pour la première fois, les encéphalites colibacillaires à forme schizophrénique. Avec Devaux (3), j'ai pu observer, grâce au Dr Laporte, le premier cas connu de catatonie de Kahlbaum en rapport avec une septicémie colibacillaire et guéri après sérothérapie. Le rôle du virus colibacillaire dans la genèse de certains cas de catatonie semblait donc ressortir des données cliniques. D'ailleurs, il était intéressant de rapprocher ces données nouvelles des faits concernant l'action d'un microbe de la même série : le bacille typhique. La catatonie typhique est, en effet, connue depuis les travaux de Dufour (4). Les parentés des deux virus typhiques et colibacillaires peuvent d'ailleurs se traduire par de véritables associations morbides. J'ai pu tout récemment observer avec Poumeau Delille (5) et Sicard (6), à l'hôpital Laënnec, un curieux cas de catatonie au cours de la fièvre typhoïde chez une malade dont l'ensemencement de la bile duodénale donnait une culture pure de colibacilles.

Si donc, le problème de la catatonie colibacillaire était nettement posé en clinique, il restait à résoudre par la méthode expérimentale. C'est pourquoi, il y a déjà trois ans, j'étais allé voir le Pr Vincent, dont les travaux sur les toxines colibacillaires sont de la plus haute importance.

Rappelons, en effet, que le Pr Vincent (7) a montré que le coli-

(1) H. Baruk. — Les psychoses colibacillaires. Etude clinique et pathogénique. Quelques essais thérapeutiques par la sérothérapie spécifique. *Premier Congrès français de thérapeutique,* Paris, oct. 1933.

(2) Claude Baruk et Forestier. — Les encéphalites colibacillaires de type schizophrénique. *Ann. Médico-Psychol.,* décembre 1933.

(3) H. Baruk et A. Devaux. — Catatonie grave colibacillaire. Délire onirique intriqué avec la catatonie. Guérison après sérothérapie. *Soc. Méd.-Psychol.,* 230, 1933.

(4) Dufour. — Catalepto-catatonie au cours de la fièvre typhoïde. *Rev. Neurol.,* 1900, p. 970.

(5) H. Baruk, Pommeau, Delille et Sicard. — Accès catatonique avec état onirique transitoire au décours d'une typhoïde. Rôle respectif des toxines typhiques et colibacillaires. *Soc. de Neurol.,* nov. 1933.

(6) Voir Thèse de Sicard. — Les catatonies typhiques et colibacillaires. *Thèse de Paris,* 1933.

(7) H. Vincent. — Sur la pluralité des toxines du B. coli. *Ac. des Sciences,* t. CLXXX, 1925, p. 1624 ; t. CLXXXVII, 1928, p. 787. — Cours du Collège de France, 1926-1927. — Sur les effets pathogènes exercés chez l'homme et chez l'animal, par l'exotoxine neurotrope du B. coli. C.R. *Acad. des Sciences,* t. CXIC, p. 381, sept. 1929. — Recherches sur le B. coli et l'immunisation anti-

bacille secrète deux toxines : une endotoxine entérotrope et hépatotrope, une exotoxine neurotrope. Ces deux toxines peuvent être séparées par la chaleur : l'exotoxine neurotrope est, en effet, thermolabile et détruite par la chaleur à une température au voisinage de 75°. Par contre, l'endotoxine hépatotrope est thermostabile et résiste à une température de 90°, mais est détruite à 95-98°. On peut donc, par chauffage, éliminer la toxine neurotrope.

Un autre moyen de séparation de ces toxines, réside dans leur date d'apparition dans les cultures. *L'exotoxine neurotrope apparaît précocement* et manifeste sa présence dans les cultures jeunes de 23 heures à 5 jours.

Il faut donc, pour obtenir de la toxine neurotrope, *filtrer assez tôt* les cultures, dans les tout premiers jours. Mais il faut savoir que la *production de cette toxine est extrêmement variable et inconstante :* certaines races de coli-bacilles n'en produisent pas. D'autre part, le repiquage des cultures est défavorable, semble-t-il à l'obtention de la toxine. Il faut donc utiliser des cultures jeunes. La virulence de la toxine varie aussi suivant l'âge de celle-ci et peut s'affaiblir rapidement, etc... On voit donc toutes les difficultés qui se présentent pour obtenir de la toxine active, et la nécessité de répéter souvent les expériences avant d'obtenir des résultats positifs.

Il est également très difficile de doser l'activité de la toxine. Le Pr Vincent utilise à ce sujet l'injection intra-veineuse de 1 cc. de toxine au lapin. On note ensuite le délai qui marque la mort de l'animal. Celle-ci peut survenir parfois 24, 48 heures après l'injection ; une culture de colibacille provenant d'une malade que nous avons suivie avec Trubert donnait même une toxine qui tuait le lapin en une heure.

Telles sont les données bactériologiques nouvelles si intéressantes, découvertes par le Pr Vincent. La mise en évidence de cette exotoxine neurotrope est capitale : le Pr Vincent a souligné tous les accidents neurologiques produits chez le lapin par cette toxine en injection intra-veineuse : coma, paralysies, rétropulsion, et même certaines paralysies tardives rappelant le syndrome de Landry. Le Pr Vincent a montré les applications de ces données à la clinique humaine et en a tiré des conclusions thérapeutiques en faveur du sérum anticolibacillaire

colibacillaire. *Soc. de Biol.*, n° 20, 1927. — Voir également Weinberg et Prévot : Recherches sur le B. coli et l'immunisation anticolibacillaire. *Soc. de Biol.*, 1927, p. 164.

qu'il a réalisé (1), et qu'il a utilisé dans diverses manifestations colibacillaires, viscérales, et dans des entéropathies chroniques avec troubles nerveux (2).

Lors de nos premières entrevues avec le Pr Vincent, nous avions insisté auprès de lui sur l'intérêt possible non plus seulement neurologique, mais encore psychiatrique de la toxine neurotrope qu'il a découverte. Nous lui avions demandé si au cours de ses expériences il n'avait pas observé de troubles mentaux chez les lapins intoxiqués. Il nous répondit qu'un de ses lapins avait une fois, dans un accès d'agressivité, mordu l'oreille d'un lapin voisin. Le Pr Vincent publia ensuite ce fait dans la thèse de mon élève Forestier et ensuite dans la *Reforma Medica.*

D'ailleurs, le Pr Vincent commença dès lors à s'intéresser très vivement à cette question des troubles mentaux d'origine colibacillaire. Comme nous, il pensait que la toxine neurotrope pouvait déterminer aussi des troubles psychiques. Il en tirait des conclusions thérapeutiques, en s'appuyant, entre autres, sur les résultats favorables que nous avions obtenus en janvier dernier (3) avec Devaux par la sérothérapie anticolibacillaire dans un cas de catatonie. Tout récemment, le Pr Vincent exprima donc son opinion à ce sujet à l'Académie des sciences (4).

Mais il ne s'agissait encore que d'une hypothèse basée sur des données cliniques et quelques rares constatations thérapeutiques. Il restait à démontrer objectivement l'intérêt de cette toxine neurotrope au point de vue de la psychiatrie expérimentale. C'est le but que nous nous sommes tracé. A cet effet, il fallait d'abord non plus choisir un animal dont les réactions nerveuses sont pauvres comme le lapin, mais opérer sur des ani-

(1) H. Vincent. — Sur la sérothérapie anti-colibacillaire. *Bull. Acad. de Médecine,* 27 nov. 1928. — L'indice toxique des races du B. coli. Nouvelles remarques sur les bases expérimentales de la sérothérapie anticolibacillaire. *Acad. des Sciences,* 5 nov. 1928. — Toxi-infection colibacillaire et neurotropisme. *Arch. int. de Neurol.,* déc. 1930. — Nouvelles remarques sur la sérothérapie anti-colibacillaire. *Ac. de Médecine,* 1929. — Medical application of the anti-colibacillaire serum. *Americal Journal of the medical sciences,* mars 1932, n° 3, vol. CVIIC, p. 308.

(2) Voir H. Vincent et Jacquet. — La sérothérapie anti-colibacillaire. *Premier Congrès de Thérapeutique,* Paris, oct. 1933.

(3) C'est à la fin de janvier que nous avions observé avec Devaux la guérison de cet état catatonique après iciothérapie. Toutefois, nous ne voulions pas publier cette observation avant d'avoir le recul nécessaire. Nous avons pu constater l'état mental parfait de la malade. Nous venons de publier à la Société médico-psychologique cette observation.

(4) H. Vincent. — Rôle de l'intoxication colibacillaire dans la genèse de certains troubles mentaux. Leur guérison par la sérothérapie auto-colibacillaire. *Ac. des Sciences,* 28 août 1933.

maux comme le chat, les rongeurs, dont nous connaissions, par nos expériences antérieures, la richesse des réactions psychiques. Il y avait intérêt même à poursuivre une telle étude dans toute la série animale.

D'autre part, il valait mieux, pour saisir le détail des réactions nerveuses dans toute leur finesse, ne pas utiliser l'injection intra-veineuse trop brutale, et adopter l'injection sous-cutanée.

C'est sur ces bases que nous avons commencé nos expériences dans mon laboratoire de la Maison Nationale de Charenton au début de juin dernier, en utilisant depuis lors une série de toxines qui, pour la plupart, nous ont été fournies par le Pr Vincent et son préparateur, le Dr Morel. Nous les remercions très vivement.

Les premières expériences furent poursuivies à l'aide d'une culture de colibacilles provenant des urines d'une malade atteinte de confusion mentale onirique au cours d'une pyélonéphrite post-puerpérale (Souche Br...). C'est à partir de cette culture que le Pr Vincent voulut bien nous préparer une exotoxine neurotrope. Cette exotoxine se montra d'abord d'une virulence extrême (1 cc. en injection intra-veineuse faite par le Pr Vincent, tuait le lapin en une heure) mais, la culture fut ensuite atténuée et permit de recueillir une nouvelle toxine beaucoup moins virulente (5 cc. en injection intra-veineuse ne tuait le lapin qu'en 12 heures). C'est avec cette nouvelle toxine que nous avons opéré. Ultérieurement, à partir de la même souche, de nouvelles quantités de toxines furent recueillies, mais celles-ci se montrèrent de moins en moins virulentes, et finalement la culture, même après repiquage, ne put produire aucune toxine active.

Nous avons alors poursuivi nos expériences à partir d'une deuxième culture qui a été recueillie par le Dr Morel, préparateur du Pr Vincent (souche R...) et à l'aide de laquelle il a bien voulu nous préparer à plusieurs reprises de nouvelles quantités de toxine.

Ultérieurement enfin, nous avons expérimenté avec le Dr Poumeau Delille, en utilisant une toxine provenant d'une culture de colibacilles retirée de la bile d'une malade ayant présenté un accès catatonique au cours de la typhoïde. Quelques protocoles résumés de nos premières recherches ont été publiés à la Presse Médicale (1).

(1) H. Baruk. — La catatonie expérimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires. Les troubles psychomoteurs déterminés par la toxine neurotrope colibacillaire dans la série animale et en clinique humaine. *Presse Médicale*, 15 oct. 1933.

Nous rapporterons d'abord les protocoles détaillés de nos expériences dans l'ordre chronologique. Nous étudierons ensuite comparativement la catatonie expérimentale ainsi réalisée et celle de la bulbocapnine, en mettant en évidence les enseignements nouveaux que nous apporte la catatonie expérimentale colibacillaire.

Nous exposerons ensuite quelques essais expérimentaux de thérapeutique, à l'aide du sérum anti-colibacillaire.

I. La Catatonie expérimentale par la toxine colibacillaire dans la série animale

Nous avons, par la méthode que nous venons d'indiquer, étudié l'action de la toxine neurotrope d'abord chez une série de mammifères, ensuite dans la série des autres vertébrés (oiseaux, poissons, batraciens, etc...).

A. Mammifères. — La première série d'expériences a porté sur la souris, le chat, le cobaye.

1° *Toxine provenant de la souche Br...*

a) Toxine souche Br..., âge 4 jours, injection le 9 juin.

Souris. — Le *9 juin,* nous injectons à 15 h. 30 une série de souris aux doses respectives de 1/2, 1 et 2 ccs de toxine neurotrope, âgée de 4 jours (injection sous-cutanée).

Environ 1/4 d'heure après l'injection, les animaux présentent un sommeil pathologique caractéristique : immobiles, les yeux clos, polypnéiques, les animaux se réveillent au moindre contact, se mettent à marcher, puis se rendorment aussitôt. Cette facilité du réveil est caractéristique du sommeil vrai, et permet de différencier, même chez la souris, cet état de la torpeur, de la paralysie, du coma.

Cet état de sommeil se prolonge plusieurs heures, de 15 h. 30 à 18 h., interrompu par moments par de *courtes rémissions spontanées* ne durant que quelques minutes et suivies de la reprise immédiate du sommeil.

A 18 h. 15, apparaît d'abord chez l'une des souris, puis chez les autres souris, une phase *cataleptique très nette* (l'animal se maintient dans toutes les positions (voir film) avec des efforts actifs), puis l'animal finit par tomber et présente alors des *hyperkinésies effroyables* (bonds, sauts, impulsions violentes contre les parois du cristallisoir, l'animal retombant ensuite pétrifié, puis quelques secousses, et la mort.

Cobayes. — Chez une série de cobayes injectés (2 ccs sous-cutanés), on note le même état de sommeil pathologique caractéristique, durant



Fig. 1. — Souris cataleptique se montrant activement accrochée le long d'un fil sans bouger.



Fig. 2. — Stade avancé de l'intoxication : l'attitude en flexion s'exagère, le cou s'allonge, l'animal s'affaisse un peu, et l'on peut noter la saillie marquée du dos.

toute l'après-midi, la soirée, et se poursuivant durant toute la matinée du lendemain.

Chat. — Un chat pesant 2 kgr. 500 est injecté à la dose de 5 ccs sous-cutanés de toxine. Il présente également un sommeil impressionnant, complètement accroupi, les yeux clos, polypnéique. On le réveille facilement. Il se rendort aussitôt. Cet état se prolonge également toute l'après-midi, la soirée.

b) Même toxine souche Br., âgée de 10 jours, injection le 15 juin.

Le *15 juin,* même épreuve aux mêmes doses, chez également un chat, 6 souris et 3 cobayes. La toxine est un peu plus âgée. On note les mêmes phénomènes de sommeil pathologique et de catalepsie, mais moins accentués. Pas d'hyperkinésies chez les souris.

c) Nouvelle toxine préparée à partir de la même souche Br... Toxine âgée de 2 jours.

Le *24 juin,* injection de cette toxine aux mêmes doses chez une série de 8 cobayes, chez un chat, une série de 4 souris. Aucun action. La toxine provenant de cette souche est *donc maintenant épuisée et devenue complètement inactive.*

d) Nouvelle toxine préparée à partir d'une nouvelle culture de la souche Br...

Après repiquage de la culture, on recueille une nouvelle toxine :

Le *21 juillet,* injection sous-cutanée de cette toxine (8 ccs. à un chat, 4 ccs à une série de cobayes), aucune modification.

Cette toxine est reconnue inactive par injection intraveineuse au lapin (Dr Morel dans le laboratoire du Pr Vincent).

La souche de colibacilles Br... est donc devenue maintenant complètement incapable de produire de la toxine neurotrope. C'est alors que nous nous adressons à la souche R..., recueillie par le Dr Morel.

2° *Toxine provenant de la souche R...*

Le *29 juillet,* injections de toxine neurotrope de la souche R., toxine âgée de 5 jours, toxine préparée dans le laboratoire du Pr Vincent.

Chat. — Poids 2 kgr. 300 (protocole résumé).

A 15 h. 30, injection sous-cutanée de 8 ccs de toxine de 5 j., souche R...

16 h., immobilité, attitude en flexion, surtout résistance extrême, active, dès qu'on veut le pousser.

17 h. 20, nouvelle injection de 10 ccs de toxine.

18 h., *aspect catatonique impressionnant :* immobilité totale, en flexion, tête en bas. Ne bouge devant aucune menace (on brûle la moustache). Immobile devant une souris. Cependant se tient debout, tend l'oreille aux bruits, négativisme extrême avec raideur plastique des muscles et véritable sensation de flexibilité cireuse, pupilles dilatées. On le pousse hors de la table, fait un saut avec agilité, deux ou trois pas, puis retombe pétrifié. On approche à un moment donné un cobaye, brusque retrait, avec impression *de terreur, bouche grande ouverte,* reste ainsi pétrifié pendant 5 à 6 minutes. Un peu plus tard,

dans les mêmes conditions, impulsion violente avec mouvements brusques et rapides des pattes ne durant que quelques secondes, retombe ensuite pétrifié. Le lendemain, la catatonie a disparu, mais l'animal reste engourdi, les *yeux ouverts, mais le regard voilé.* Va mieux les jours suivants, mais reste peu actif.

Souris. — Injection de la même toxine (1 cc.) à un lot de souris une demi-heure après apparition de l'immobilté ; avec une surtout, un *négativisme extrêmement marqué,* résiste violemment quand on *la pousse, si on insiste,* coup de patte violent.



Fig. 3. — Chat en catatonie colibacillaire. On peut approcher des moustaches une allumette enflammée sans qu'il bouge.

Persistance de torpeur et de somnolence toute la journée, et le lendemain mort de plusieurs animaux.

Cobayes. — Injections de 10 ccs de toxine à un lot de 4 cobayes à 15 h. 30. A 16 h., immobilisation avec surtout un *négativisme excessivement intense.* Le négativisme est beaucoup plus marqué que la catalepsie. (L'animal ne conserve pas les positions).

Même état toute la soirée.

Le lendemain matin, le négativisme a complètement disparu, mais l'animal est *complètement cataleptique,* garde une position, se tient debout, sur le derrière, les pattes en l'air, le dos appuyé à un support.

Nous avons répété un certain nombre de fois ces expériences avec les mêmes toxines. Il serait trop long de rapporter les protocoles détaillés, les résultats ont été dans l'ensemble concordants, avec cette

réserve que la toxine semble aller rapidement en s'affaiblissant et que, de jour en jour, les résultats apparaissent de moins en moins nets. Un des phénomènes qui nous a le plus frappé au cours de ces diverses expériences, c'est l'existence, notamment chez le chat, de soudaines réactions émotives ne durant que quelques secondes, mais à la



FIG. 4. — Cobaye en catalepsie colibacillaire : se tient en position verticale les pattes en l'air.

suite desquelles l'animal reste comme pétrifié, la bouche ouverte, semblant garder une expression de *colère figée* (voir film).

Dans toutes ces expériences, les troubles nerveux se manifestent surtout dans les heures qui suivent l'injection, ils persistent encore un peu le lendemain, puis vont en s'atténuant rapidement, les animaux restant seulement un peu engourdis pendant quelques jours.

Nous avons suivi très soigneusement tous les animaux injectés, afin de savoir s'il ne survenait pas de syndromes tardifs : plusieurs souris, après s'être remises complètement en apparence, ont commencé, au bout d'environ trois semaines, à présenter une fonte musculaire impressionnante, tout en conservant l'activité et l'appétit ; elles sont mortes finalement de cachexie : ces amyotrophies tardives ont d'ail-

leurs été étudiées par le Pr Vincent, qui, à ce sujet, fait d'intéressants rapprochements avec le syndrome de Landry.

Un des cobayes est mort également brusquement deux mois après l'injection.

B. Oiseaux. — Nous avons étudié dans les mêmes conditions l'effet des mêmes toxines chez le pigeon. Ces expériences ont été faites les mêmes jours que celles concernant les mammifères. Les résultats ont été moins nets et surtout beaucoup plus inconstants que chez ces



Fig. 5. — Chat, souris, cobayes et pigeon en pleine catatonie colibacillaire : les quatre animaux restent pétrifiés, sur le rebord d'une fenêtre ouverte.

derniers animaux : nous n'avons pu, en effet, observer qu'une seule fois chez le pigeon des phénomènes cataleptiques.

Le 29 juillet, à l'aide de la toxine provenant de la souche R... (toxine âgée de cinq jours).

16 h. 20, injection de 4 cm³.

17 h., animal plus immobile, tête baissée dans sa cage. Irritabilité extrême, dès qu'on l'approche se cabre, fait un bruit du bec comme s'il allait foncer.

17 h. 50, nouvelle injection de 5 cm³.

18 h., L'animal est comme pétrifié, on le prend comme l'on veut à la main sans qu'il s'envole, on le place sur une table près d'une fenêtre ouverte, à côté d'un chat et de plusieurs souris et cobayes également cataleptiques : tous ces animaux restent immobiles comme des statues (voir photo).

Le pigeon présentait également par intervalles de vives réactions impulsives, violent coup d'ailes, aspect d'agressivité, mais ne s'enfuit jamais. Dans d'autres expériences, l'injection jusqu'à 18 cm. de toxine ne donnait aucun résultat, alors que le même jour, la même dose de toxine déterminait chez le chat de la narcolepsie, une ébauche de catalepsie et des impulsions.

C. Autres vertébrés : poissons, batraciens, etc...

a) Poissons. — Nous avons dilué dans un cristallisoir de 26 centimètres de diamètre, 20 cm³ de toxine collibacillaire provenant de la souche R., nous avons noté l'action produite sur deux poissons rouges d'un poids de 6 gr. Au bout d'une heure environ, les mouvements des animaux se ralentirent notablement, les animaux ayant tendance à se laisser retourner sur le dos, le lendemain, même aspect d'engourdissement, mort le surlendemain.

Lézards. — Nous avons injecté 3 cm³ à un lézard ; une heure 1/2 environ après l'injection, l'animal paraissait nettement plus engourdi qu'un animal témoin, on ne pouvait le mettre en mouvement par aucune excitation ; l'animal se tenait d'ailleurs indéfiniment en équilibre, sur une règle ; le lendemain, l'animal présentait une agitation violente, avec grands mouvements d'ouverture du bec. Mort le surlendemain.

Grenouille. — Nous avons injecté à plusieurs grenouilles 2 cm³ de la même toxine : les animaux injectés étaient nettement ralentis au bout d'une heure et demie après l'injection, on pouvait ensuite les retourner sur le dos dans l'eau, l'animal se maintenait quelques minutes dans cette posture. A noter également une augmentation de volume notable des animaux injectés par rapport aux animaux témoins, avec ventre bombé et aspect général d'œdème. Mort le surlendemain.

Enfin, de nouvelles expériences ont été faites avec le Dr Poumeau Delille, à l'aide d'une toxine produite par une culture de colibacilles provenant de la bile d'une malade ayant présenté un accès catatonique au cours d'une fièvre typhoïde. Cette toxine avait été préparée à l'Institut Pasteur par les Drs Costil et Soulié. Les résultats restèrent à peu près négatifs, avec une toxine de trois jours, chez le chat et le cobaye. Les animaux présentèrent à peine un léger engourdissement, sans sommeil vrai ni catatonie (1). Ce cas est cependant très intéressant en posant le problème des associations microbiennes typhiques et colibacillaires. Voir à ce sujet la thèse de notre élève Sicard (2).

(1) Cf. à ce sujet H. Baruk, Poumeau-Delille et Sicard, *loco citato.*
(2) Sicard. — *Thèse de Paris, loco citato.*

II. Caractères généraux de la catatonie expérimentale colibacillaire
Etude comparative avec la catatonie bulbocapnique

Ainsi donc, utilisée dans certaines conditions de virulence, et par voie sous-cutanée, la toxine colibacillaire neurotrope permet de réaliser chez un certain nombre de mammifères, tantôt du sommeil pathologique, tantôt une très belle catatonie expérimentale.

a) Séméiologie de la catatonie expérimentale colibacillaire. — Cette catatonie expérimentale est constituée par la catalepsie, l'attitude en flexion, le négativisme, les hyperkinésies, les troubles organo-végétatifs (polypnée, etc...). Mais, à côté de ces caractères généraux, la catatonie expérimentale colibacillaire présente certaines particularités spécialement intéressantes, qui la distinguent dans une certaine mesure de la catatonie bulbocapnique, et qui apportent sur le problème de la catatonie expérimentale des données nouvelles. Ces particularités résident surtout dans la couleur des divers symptômes (principalement du négativisme, des impulsions et des réactions émotives).

1° *Le négativisme.* — C'est avec la toxine colibacillaire neurotrope que nous avons pu, pour la première fois, réaliser un vrai *négativisme actif*. Sans doute, au cours de l'intoxication bulbocapnique l'animal résiste lorsqu'on le pousse, et parfois on ne peut le faire avancer que tout d'un bloc. Mais il s'agit là surtout d'un négativisme passif. Par contre, à plusieurs reprises, chez le chat et même la souris intoxiquée par la toxine colibacillaire, nous avons observé une véritable *opposition violente* lorsqu'on pousse l'animal, opposition s'accompagnant lorsqu'on insiste parfois de coups de patte, et même de réactions mimiques agressives. Des réactions analogues ont même été observées chez le pigeon. Il s'agit donc là d'un *véritable négativisme actif tout à fait analogue* aux manifestations d'opposition si fréquentes dans la démence précoce. A ce point de vue, l'étude de la toxine colibacillaire neurotrope apporte un complément important à la notion même de catatonie expérimentale.

2° *Les hyperkinésies : impulsions stéréotypées, et persévération des expressions émotives.* — A côté des crises d'agitation stéréotypées et des impulsions que nous avons observées, notamment chez la souris, et qui sont analogues à celles de la bulbocapnine, la toxine colibacillaire nous a permis de déterminer chez toute une série d'animaux des *réactions impulsives et émotives extrêmement spéciales :*

Le Pr Vincent a rapporté le cas d'un lapin intoxiqué ayant présenté de l'excitation et dévoré l'oreille d'un autre lapin. Nous avons pu réaliser chez nos animaux des réactions impulsives violentes et stéréotypées très caractéristiques. C'est ainsi que nous avons vu un chat intoxiqué et en pleine catalepsie, qui, tout d'un coup, alors qu'on déplaçait devant lui un cobaye, se cambra en arrière avec une expression de frayeur extrême, puis piétina violemment le cobaye pendant quelques secondes, pour se retrouver ensuite complètement pétrifié. Fait remarquable, le *chat, retombé en pleine catalepsie, conserva pendant plusieurs minutes une expression de frayeur figée* (voir film). Ces faits sont exactement superposables à ces expressions que nous avons désignées avec le Pr Claude, sous le nom de « frayeur figée » et de « colère muette » chez les malades catatoniques. Il y a là, chez l'animal, comme chez le malade, une *véritable persévération des expressions émotives*. Des observations analogues ont été faites chez le pigeon, et, dans tous ces cas, il faut insister sur l'impulsivité brutale des animaux, impulsivité interrompant la catalepsie.

3° *Les troubles organo-végétatifs :* polypnée, troubles vasculaires, énophtalmie. — La polypnée est presque constante chez tous les animaux intoxiqués. La salivation ne nous a pas frappé jusqu'à présent. Notons par contre que Fish a pu étudier expérimentalement chez le lapin les *troubles vasculaires expérimentaux* déterminés par l'intoxication colibacillaire (1). Les troubles vasculaires sont d'ailleurs extrêmement fréquents dans la colibacillose humaine. Cette notion des troubles vasculaires expérimentaux et cliniques de la colibacillose mérite d'être tout particulièrement soulignée, en regard de l'intensité extrême des troubles vasculaires dans la catatonie et l'hébéphréno-catatonie humaine.

Enfin, un symptôme très particulier nous a paru résider dans l'*enophtalmie*. Presque tous nos animaux ont, dès le début de l'intoxication, les yeux rentrés dans les orbites et cette énophtalmie (2) s'accentue de plus en plus au cours de l'état catatonique. Rappelons à ce sujet que les modifications de la saillie des globes oculaires ne sont pas rares au cours de la catatonie et de la démence précoce : nous avons pu, à plusieurs reprises, noter tantôt de l'exophtalmie, tantôt de l'énophtalmie au cours des poussées évolutives de la maladie.

(1) Fisch. — L'évolution du colibacille intestinal et ses conséquences. *Revue de Médecine*, janvier 1930.

(2) Cette énophtalmie doit être distinguée de l'ébauche d'occlusion des paupières, qui peut chez ces animaux intoxiqués par la toxine colibacillaire précéder l'installation du sommeil.

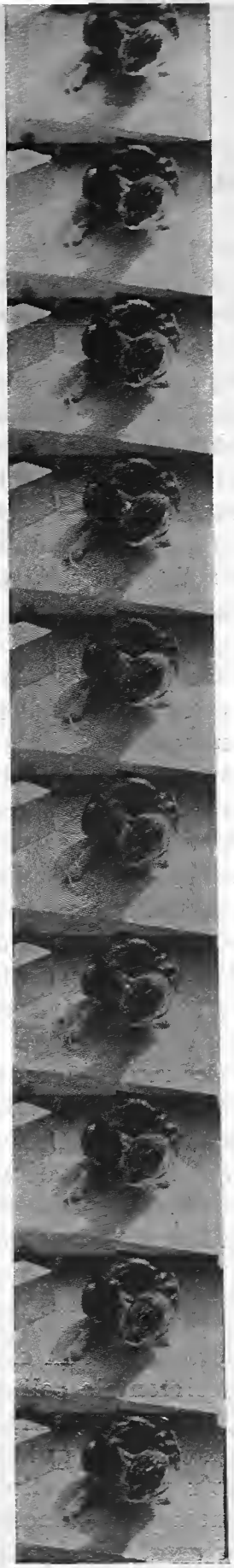


Fig. 6. — Le chat et la souris cataleptique.



Fig. 7. — Réaction mimique émotive du chat cataleptique : l'animal reste ensuite figé dans cette expression de terreur.

Notons enfin chez les animaux intoxiqués par la toxine colibacillaire la fréquence du *bâillement* et de *grands mouvements d'ouverture de la bouche.*

4° *La catalepsie.* — Comme dans les autres catatonies expérimentales, la catalepsie colibacillaire s'accompagne d'une *attitude très marquée* en flexion, et d'un véritable enroulement avec flexion extrême du cou, notamment chez le chat. *L'aspect du cou fléchi et allongé est superposable d'une façon impressionnante à l'attitude de certains malades catatoniques.* Par ailleurs, l'initiative motrice est suspendue : on peut brûler les moustaches du chat sans qu'il s'enfuie. Nous avons pu renouveler avec la toxine colibacillaire l'histoire du chat et de la souris cataleptiques telle que nous l'avions réalisée avec de Jong par la bulbocapnine. Cependant, l'animal n'est pas paralysé : si on précipite le chat cataleptique du haut d'une table, il saute sur le sol avec aisance, fait quelques pas, et retombe ensuite pétrifié.

Toutefois, la catalepsie colibacillaire est plus délicate à réaliser que la catalepsie bulbocapnique : c'est ainsi que le stade cataleptique est parfois très court, et est suivi de près par un stade parétique. C'est ce que nous avons vu notamment chez la souris. Chez cet animal, nous avons observé au cours d'une de nos expériences un très beau stade cataleptique, mais ne durant qu'un quart d'heure, et suivi de parésies marquées et d'hyperkinésies mortelles. D'autres fois, le stade cataleptique *est très tardif,* et il faut savoir le guetter : souvent il n'apparaît que 3 à 4 heures après l'injection, parfois seulement le lendemain. L'animal reste d'abord simplement engourdi, et somnolent, pendant des heures.

Enfin, durant la catalepsie, la tension des muscles nous a paru moins marquée que dans la catatonie bulbocapnique. L'animal est un peu plus affaissé, et le maintien d'une position antigravifique amène rapidement de la fatigue, et la chute de l'animal.

En un mot, la catalepsie colibacillaire est incontestable, mais elle est souvent passagère, et le stade catalepsie peut être suivi d'un stade parétique.

b) Physiologie pathologique de la catatonie expérimentale colibacillaire, et les facteurs pathogéniques de la catatonie humaine. — En résumé, la catatonie expérimentale colibacillaire apporte des éléments nouveaux à la réalisation expérimentale de certains symptômes catatoniques, notamment en ce qui concerne le négativisme actif, les impulsions agressives, les réactions émotives, etc... Par là, la catatonie expérimentale colibacillaire se *rapproche d'une façon très étroite de la catatonie humaine.*

Il semble en effet que la toxine colibacillaire réalise la catatonie expérimentale par un mécanisme assez différent de la bulbocapnine : cet alcaloïde semble surtout, comme nous y avons insisté avec de Jong, un produit *tétanisant* déterminant, suivant l'expression que nous avons employée avec de Jong, des *décharges dans les muscles*, décharges favorisant l'immobilisation de l'animal. La toxine colibacillaire semble plutôt déterminer des perturbations *moins musculaires mais beaucoup plus psychiques:* c'est pourquoi dominent soit la somnolence, soit le négativisme, et les impulsions agressives.

L'expérimentation que nous avons faite dans la série animale confirme cette distinction : c'est ainsi que si la bulbocapnine est incapable chez les vertébrés inférieurs de déterminer de la catatonie, elle provoque chez le poisson, la grenouille, le serpent, etc... des *spasmes* ou des *phénomènes d'excitation* et de *convulsions*. Au contraire, chez ces vertébrés inférieurs, la toxine colibacillaire provoque presque uniquement des phénomènes *d'engourdissement :* le poisson se ralentit, la grenouille tend à devenir inerte, etc... Toutefois, même chez ces animaux inférieurs, on peut noter de véritables réactions psychiques, comme dans l'agitation, et les mouvements du bec désordonnés que nous avons observés chez le lézard.

Cette prédominance des facteurs psychiques dans la catatonie expérimentale colibacillaire, est particulièrement intéressante en ce qui concerne l'étude de la catatonie humaine. Dans un travail d'ensemble que nous publierons prochainement, nous avons pu noter en effet, en dépouillant nos observations de catatonie, le rôle important de l'onirisme franc ou *dégradé,* ainsi que l'existence de vives réactions émotives. Nous avons pu notamment constater dans bien des cas que le *négativisme* apparaît intimément lié à cet onirisme, et à l'éréthisme émotif. Bien entendu, cet onirisme et cet éréthisme émotif sont eux-mêmes d'origine organique, mais le facteur étiologique organique (toxique ou toxi-infectieux), n'agit qu'en *provoquant une perturbation psychique.*

Or, cette perturbation psychique peut être provoquée également chez l'animal, et c'est à ce point de vue que l'étude de la toxine colibacillaire nous paraît du plus haut intérêt. Elle permet ainsi de mettre en évidence expérimentalement, à côté des décharges des cellules motrices étudiées par la bulbocapnine, d'autres *facteurs organiques et expérimentaux à manifestations d'ordre plus nettement psychique.* Ces facteurs psychiques, qu'ils soient cliniques ou expérimentaux, apparaissent plus ou

moins liés avec le *sommeil pathologique et l'onirisme*. Déjà nous avions insisté avec de Jong sur le passage du sommeil à la catalepsie dans l'intoxication par la bulbocapnine. L'importance de cet élément de sommeil apparaît encore plus nette dans la catatonie colibacillaire, comme nous y avons insisté récemment (1).

Or, dans la catatonie humaine, ces manifestations somnolentes et oniriques, ainsi que les facteurs émotifs délirants qui en découlent, sont étroitement intriqués aux facteurs spastiques musculaires. L'étude combinée de la catatonie bulbocapnique et de la catatonie colibacillaire permet donc d'étudier intimément tous ces facteurs psychiques et psychomoteurs, et d'arriver ainsi à une reproduction expérimentale très étroite et très complète de la maladie (2).

Spécificité de l'action de la toxine colibacillaire. Expériences de contrôle. — On pourrait se demander si les symptômes expérimentaux que nous venons d'envisager sont bien dus à l'action spécifique de la toxine colibacillaire. C'est pourquoi nous avons fait à ce sujet des expériences de contrôle, en utilisant chez les animaux soit de simples injections de bouillon peptoné, soit des injections de toxine inactive.

L'injection de bouillon peptoné peut donner à hautes doses (1 cc. 1/2) chez un petit animal comme la souris, un état d'affaissement et d'aplatissement de l'animal avec engourdissement. Mais il ne s'agit pas là de phénomènes comparables à la catalepsie et à la catatonie. D'autre part, les accidents *du choc peptonique* chez la souris sont précoces, immédiats, et disparaissent rapidement (1/4 d'heure à 1/2 heure). Au contraire, l'action de la toxine active va en se développant de plus en plus dans les heures qui suivent, et les signes pathologiques se complètent progressivement.

Une expérience de contrôle encore plus démonstrative réside dans l'injection de *toxine inactive*. Celle-ci atténue, en effet, sa

(1) H. BARUK. — Catatonie, sommeil pathologique et onirisme par intoxication colibacillaire. *Paris Médical*, 7 oct. 1933.

(2) Les distinctions que nous venons de faire entre la catatonie expérimentale colibacillaire et la catatonie bulbocapnine, ne sont pas toutefois absolues : dans l'intoxication bulbocapnique, le trouble n'est pas exclusivement moteur, mais psychomoteur, comme le montrent l'abolition de l'initiative motrice, et même chez le singe le pathéticismus. De même dans la catatonie expérimentale colibacillaire, le trouble n'est pas purement psychique, mais il existe aussi des facteurs musculaires (attitude en flexion, etc...) Nous voulons dire simplement que dans la catatonie bulbocapnique, prédominent les décharges musculaires (pouvant aller lorsqu'on force les doses jusqu'à l'épilepsie) tandis que dans la catatonie colibacillaire prédomine l'engourdissement psychique, l'opposition, les impulsions, les perturbations émotives, etc..., troubles qui constituent, à notre avis, des facteurs extrêmement importants de la catatonie humaine.

virulence par le vieillissement. D'autre part, bien des fois le filtrat de la culture *reste totalement inoffensif chez les animaux,* même à hautes doses (10 et 20 cc. chez le chat ; 1 cc. 1/2 chez la souris).

Par conséquent, les troubles que nous venons de décrire sont bien dus à l'action spécifique de la toxine colibacillaire vivante. Bien entendu, nous ne prétendons pas cependant que cette action ne puisse pas être produite par d'autres toxines microbiennes.

III. Premiers essais de thérapeutique étiologique

La catatonie expérimentale colibacillaire a une valeur essentiellement étiologique, d'autant plus qu'elle peut être rapprochée de certains cas de catatonie colibacillaire sur lesquels nous avons insisté en clinique. Il était logique de tenter des essais de thérapeutique étiologique. C'est ce que nous avons essayé expérimentalement en utilisant le sérum anticolibacillaire de Vincent.

Nos essais dans cet ordre d'idées ne sont encore qu'à leur début. Ils se sont heurtés tout d'abord à plusieurs difficultés.

Les premières injections de sérum faites chez des souris intoxiquées par la toxine colibacillaire, à la dose de 1 cc., ont été suivies presque aussitôt de secousses myocloniques violentes puis de parésie et de mort au bout de 10 à 15 minutes. Mais nous nous sommes rendu compte que la seule injection de sérum chez la souris détermine chez cet animal des accidents nerveux graves (secousses, polypnée, parésie, l'animal restant cependant toutefois éveillé).

Devant cette intolérance au sérum de la souris, nous nous sommes adressés au cobaye. Nous avons d'abord injecté à trois cobayes 3 cc. de sérum anticolibacillaire, et, 12 heures après, 2 cc. de toxine colibacillaire active. Ces animaux n'ont pas été protégés par l'action du sérum.

Dans une autre expérience, nous avons injecté 20 cc. de sérum anticolibacillaire à un cobaye, puis, une demi-heure après, 10 cc. de toxine colibacillaire. Nous avons, d'autre part, injecté 10 cc. de la même toxine à deux cobayes témoins. La différence a été manifeste entre le cobaye ayant reçu la sérothérapie et les deux autres : le premier est resté actif, a conservé ses yeux bien ouverts. Les deux autres ont présenté un engourdissement marqué, avec l'énophtalmie caractéristique de l'intoxication par la toxine colibacillaire. Le film ci-joint montre la différence des deux animaux témoins et de l'animal traité par le sérum.

Ces expériences sont encore trop peu nombreuses pour motiver

une conclusion générale. Toutefois, le dernier résultat est encourageant et mérite d'être rapproché des modifications que nous avons observées en clinique humaine avec Devaux dans un cas de catatonie colibacillaire après sérothérapie. Notons qu'aussi bien, dans l'ordre expérimental que dans l'ordre clinique, des doses très élevées de sérum ont été employées.



FIG. 8. — Des deux cobayes, injectés avec la même dose de toxine colibacillaire (10 cc.), le premier (celui de gauche) a reçu préalablement 20 cc. de sérum anti colibacillaire : ce dernier reste vigoureux, les yeux bien ouverts. Noter au contraire l'enophtalmie chez le cobaye intoxiqué.

Ainsi donc, la catatonie expérimentale colibacillaire apporte des enseignements très intéressants sur le mécanisme de la catatonie, et ouvre des aperçus sur une de ses étiologies, et même, sur la possibilité, dans certains cas, du moins, d'une thérapeutique rationnelle (1).

(1) Bien entendu, les résultats thérapeutiques sont encore trop rares pour permettre de généraliser les conclusions. Il faut en outre tenir compte, dans l'appréciation de toute thérapeutique psychiatrique des rémissions spontanées. Dans l'état actuel de la question, il faut donc encore attendre de nouveaux faits. L'avenir montrera si les résultats favorables si impressionnants que nous avons obtenus avec Devaux, dans un cas, sont confirmés, d'une

Bien entendu, ces recherches doivent être encore longuement poursuivies. Leur réalisation technique est malheureusement très délicate, et entourées de difficultés multiples d'observation : *tout d'abord, il faut observer très longtemps les animaux,* l'action de la toxine pouvant être très lente, et les stades cataleptiques et catatoniques passagers. Nous n'avons pu mener à bien certaines de nos expériences que grâce au fait que nous habitons à côté de notre laboratoire. Nous pouvons ainsi réaliser une observation à peu près continue des animaux.

D'autre part, *l'action de la toxine est extrêmement variable et inconstante* suivant la culture, l'ancienneté de la culture et l'ancienneté de la toxine elle-même. *Certaines cultures sont incapables de produire de la toxine neurotrope. D'autres, épuisent très vite leur pouvoir :* telle culture qui donnera à un moment donné une toxine active, ne donnera plus quelque temps après qu'une toxine complètement inactive. Enfin, la toxine elle-même s'affaiblit de jour en jour. Lorsqu'on la conserve, et qu'on répète à plusieurs jours d'intervalle les expériences, on constate que les résultats sont de moins en moins nets.

Toutes ces conditions nécessitent la répétition fréquente des expériences. *Un certain nombre de celles-ci peuvent rester totalement négatives,* et les *résultats sont très variables,* en raison de la variabilité extrême de la virulence de la toxine, et de l'impossibilité de la doser exactement. A ce point de vue, les conditions d'expérience sont infiniment plus difficiles et aléatoires avec un produit vivant comme une toxine microbienne qu'avec un produit chimique stable et rigoureusement dosé.

Toutefois, malgré la difficulté technique et la variabilité des expériences, la réalisation d'une catatonie expérimentale très nette, jointe à la description clinique que nous avons faite d'une catatonie d'origine colibacillaire, apporte un argument de plus à la notion du rôle des facteurs toxi-infectieux dans la genèse de la catatonie et de la démence précoce (1).

façon plus étendue. Il faut, d'autre part, limiter le traitement étiologique aux cas, d'ailleurs encore peu nombreux, où le rôle étiologique de la toxi-infection colibacillaire s'affirme manifestement (pyélonéphrite, septicémie), etc...

(1) Je dois exprimer ma profonde gratitude à M. le Pr Vincent, qui nous a aidé de ses précieux conseils, et a bien voulu préparer dans son laboratoire du Val-de-Grâce, les diverses toxines que j'ai expérimentées ensuite dans mon laboratoire de la Maison Nationale de Charenton.

Je dois exprimer également toute ma reconnaissance au Dr Morel, préparateur du Pr Vincent.

Enfin, je dois adresser tous mes remerciements au Dr Trouvé, Directeur de la Maison Nationale de Charenton, pour la sympathie qu'il a témoignée à ces recherches, et l'aide éclairée qu'il m'a prodiguée dans l'aménagement et l'outillage de mon laboratoire.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES D'INVOLUTION
LA DYSPHRÉNIE ANTITONIQUE

PAR

G. HALBERSTADT

La question des psychoses de l'âge avancé de la vie reste toujours d'actualité. La complexité de l'étiologie et de la pathogénie d'une part (élément psychogène, artériosclérose, involution cérébrale, troubles endocriniens et phénomènes autotoxiques, réveil tardif d'une prédisposition latente), et, d'autre part, l'imprécision du tableau clinique (fréquence des formes difficilement classables), expliquent qu'il y a encore dans ce chapitre de la pathologie mentale tant de points obscurs. Nous désirons attirer l'attention aujourd'hui sur une forme peu connue des psychoses d'involution caractérisée avant tout par des phénomènes de négativisme. La première description d'ensemble en est due à Van der Scheer (1927) (1). Depuis nous l'avons vue mentionnée seulement par Bouman (1929) (2). Nous en avons incidemment parlé en 1930 à propos de la « démence mélancolique présénile » (3).

Van der Scheer propose de désigner la psychose en question sous le nom de « dysphrénie antitonique », et cela pour les raisons suivantes : le mot « dysphrénie » veut dire trouble de l'esprit caractérisé surtout par la tristesse, l'hostilité, la méfiance; le mot « antitonique » signifie ayant des tendances à résister. Les malades entrant dans cette catégorie sont effectivement des

(1) Van der Scheer. — Eine besondere Form von Involutions psychose mit vorwiegenden negativistischen Erscheinungen. *Psych. Neurol. wochenschrift.*, 1927, n° 19, p. 229.

(2) Bouman. — Involutions und präsenile Psychosen. *Psychiatr. Bladen.*, 1929, vol. 33, p. 309.

(3) Halberstadt. — Etude clinique de la démence mélancolique présénile. *Annales Médico-Psychologiques*, mai 1930.

mélancoliques, mais dont la caractéristique principale est un négativisme des plus accusés, qui imprime à leur psychisme un cachet bien particulier. Ajoutons ce point essentiel : la terminaison au bout d'un temps plus ou moins long par un état d'affaiblissement intellectuel.

Nous donnerons d'abord quelques extraits de nos observations personnelles. Nous essaierons de donner ensuite une description de la maladie, et nous terminerons par une courte étude nosologique.

B. fe L. entrée dans le service le 20 septembre 1927, à l'âge de 58 ans.

Nous ne possédons aucun renseignement sur son hérédité. D'habitude normale, mais « triste et avare » (selon l'expression des siens), était depuis quelque temps inquiète pour l'avenir, car elle et son mari devaient abandonner prochainement l'exploitation de leur ferme (en octobre 1927), et elle se demandait si leurs rentes allaient suffire désormais à les faire vivre. La psychose a débuté environ six semaines avant l'internement par un état dépressif avec idées de suicide. Se plaignait souvent de maux de tête.

La malade est triste, inquiète et présente de l'agitation anxieuse. Elle a des idées de ruine, se préoccupe d'une façon maladive de l'avenir et manifeste des idées délirantes hypocondriaques et de négation : sa « matrice est changée », elle n'a plus de pouls, son cœur a été enlevé, elle n'est « rien », il faut la mettre en terre, du reste elle ne mourra jamais. Méfiante, croit qu'on veut l'empoisonner en lui jetant « de la poudre ». Pas d'hallucinations. Pas de désorientation. A un moment donné la malade a eu des idées obsédantes d'homicide : elle s'élançait sur les gens pour les étrangler. Parfois il y avait des périodes d'excitation, mais toujours sans loquacité (prédominance de l'anxiété), voulait sortir du lit et se jeter à terre, frappait et mordait. Au début surtout, la conscience de la maladie était très nette. En août 1928 on constate l'existence de quelques stéréotypies. Ce qui domine le tableau morbide c'est un état de résistance et de négativisme qui reste tel jusqu'au bout. Il faut déployer beaucoup d'insistance pour la faire manger (a eu la sonde plusieurs fois), pour la lever, pour lui faire prendre un bain (deux personnes sont alors nécessaires). Points saillants de l'évolution : d'abord état mélancolique avec phénomènes anxieux très marqués, sans affaiblissement intellectuel ; en novembre 1928 on note l'apparition d'un état demi-stuporeux et figé ; en janvier 1930 la démence devient manifeste, la malade est toujours calme, inerte, silencieuse, paraissant cependant encore triste, ce qui se manifeste par des gémissements. Reprise par sa famille en janvier 1932 (sans amélioration). Morte chez elle un an après. Dans le service elle a été prise

d'abord pour une maniaco-dépressive, le diagnostic de démence antitonique a été porté en août 1931.

C., Vve R., entrée dans le service le 1er octobre 1928 à l'âge de 53 ans.

Mère morte « paralysée ». A une sœur « paralysée » depuis une quinzaine d'années. Ménopause en avril 1928. En juin, son mari a été opéré et a succombé consécutivement à l'opération. Les troubles psychiques ont débuté en juillet : est devenue mélancolique, anxieuse, se reprochant d'avoir mal soigné son mari qu'elle a fait opérer trop tard, s'imaginant que tout le monde l'en accuse. A fait deux tentatives de suicide.

La malade est triste, inquiète et surtout anxieuse au plus haut point. Pleure, gémit, se lamente, se tord les bras, ne reste pas un instant tranquille. Se lève à chaque instant du lit pour aller dans les couloirs voir ce qui s'y passe. S'accuse de fautes imaginaires (surtout d'avoir mal soigné son mari), dit qu'on veut lui faire du mal à cause des fautes qu'elle a commises. Est très craintive, préoccupée, absorbée par les hallucinations. Répond aux accusations, entend crier sa fille qui est dans le sous-sol et qui va bientôt mourir, demande qu'on aille lui porter secours. La malade paraît désemparée et assez mal orientée dans le temps et le lieu. Elle écoute d'ailleurs à peine les questions et souvent ne veut pas répondre. Malgré les apparences, paraît attentive et surveille ce qui se passe autour d'elle. Semble être constamment aux aguets. La résistance à tout est extrême. Peu accusée tout d'abord, elle devient bientôt prédominante. Refuse de s'alimenter de sorte qu'on est obligé souvent de recourir à la sonde. Si on insiste pour la forcer à boire, renverse tout ce qu'on lui présente. N'aime pas qu'on s'occupe d'elle et quand on ne l'écoute pas devient grossière, frappe et mord, — ou bien se raidit et résiste ainsi au plus haut point (quand on veut la lever, faire sa toilette, etc.). Gâtisme par intermittence. Insomnie partielle : lutte contre le sommeil et déclare : « je ne veux pas dormir et je ne dormirai pas ».

La maladie a évolué très rapidement. Dès mars 1929 on note que les gémissements prennent un caractère stéréotypé, que les facultés intellectuelles déclinent et qu'il y a une « déchéance progressive ». La malade meurt le 29 novembre 1929 par suite d'érysipèle à la face. Les diagnostics posés dans le service ont été : octobre 1928 : psychose hallucinatoire avec confusion profonde et agitation ; juin 1929 : démence mélancolique.

C., Fe D., entrée dans le service le 16 janvier 1928, à l'âge de 45 ans.

Pas d'hérédité morbide. Prédisposée à la tristesse. A subi, il y a un an l'opération de l'hystérectomie, depuis cette époque paraissait assez fatiguée. Début des troubles psychiques nets quinze jours avant le placement, brusquement, pendant la nuit.

La malade est dans un état mélancolique, avec périodes d'anxiété. Pleure, gémit, se méfie de tout le monde. Manifeste des idées de

suicide. Se défend contre des accusations imaginaires. Fait entendre des litanies quasi-stéréotypées du matin au soir : « faites-moi mourir, jetez-moi dans la rue, qu'est-ce que j'ai fait ?, un peu de pitié, je vous demande pardon, où que je suis ? où que je suis ? ». Se plaint ainsi nuit et jour. Parfois se jette à terre, frappe la tête contre le plancher. Enonce en outre des idées d'empoisonnement et de persécution, affirme qu'une machination a été ourdie contre elle. Les hallucinations sont très peu marquées, dit cependant quelquefois entendre la voix de ses enfants, paraît subconfuse et désemparée. Ne reconnaît pas son mari. Se demande ce qui se passe autour d'elle. Dit : « Pourquoi tout cela ? Qui m'a amenée ici ? » A un air interrogateur. Ne sait pas pourquoi elle est ici. Se rend cependant compte (surtout au début de la maladie), qu'elle est « malade de la tête ». Souvent quitte le lit dans un état d'inquiétude, mais ne présente pas d'agitation motrice véritable. Les phrases sont courtes et sommaires. Ne semble pas inattentive à l'ambiance.

La malade est résistante et négativiste. Non seulement ne fait rien sans aide, mais de plus résiste tant qu'elle peut. Un entretien avec elle est à peine possible car elle refuse de répondre aux questions posées ou le fait à peine. Ne veut pas faire sa toilette. Bien souvent refuse la nourriture, de sorte qu'on est obligé de recourir à la sonde. Hostile et méfiante, surtout au début de son séjour à l'Asile. La maladie, en effet, a subi plusieurs phases. Quelques mois après l'entrée son état s'est amélioré. Mais en mars 1929 on note une aggravation avec évolution vers la démence. Devient malpropre, est incapable de tout travail, s'affaisse au point de vue intellectuel, reçoit sa famille avec indifférence. En été 1931 : légère amélioration, tout en restant mélancolique et stéréotypée, semble moins négativiste qu'au début. Mars 1932 : s'occupe un peu à des travaux de ménage, s'alimente seule, est beaucoup plus docile, mais reste triste, stéréotypée, gémissant toujours d'un ton uniforme; attentive à ce qui se passe. Mai 1933 : même état. Reçoit mieux sa famille. Manifeste des idées de suicide.

Le seul diagnostic posé dans ce cas a été celui de « mélancolie ».

L. Fe V., entrée dans le service le 4 janvier 1929, à l'âge de 46 ans. Deux sœurs ont été « neurasthéniques ». En temps habituel, était normale, travailleuse. A subi une opération gynécologique (curettage). Peu de temps après, devient triste et hypocondriaque. La maladie s'est développée en quelques mois. A fait des fugues.

La malade est triste, inquiète, parfois excitée : alors crie, frappe, mord. N'a pas d'agitation motrice. Manifeste des idées délirantes multiples, sans aucune systématisation. On la persécute. Pourtant elle a eu « des lumières », doit « refaire la France », appartient à la noblesse. Parfois tient des propos ayant un caractère fantasque : « l'Esprit Saint » la guide, à l'Asile des personnes se transforment en oiseaux, elle a mangé des êtres humains. Entend parler le pape qui

lui prédit de hautes destinées. Est assez mal orientée, paraît désemparée et subconfuse. Pourtant les réponses aux questions usuelles sont assez exactes au point de vue de l'orientation dans le temps et le lieu. Se rend parfois compte de son état maladif et déclare même: « je n'ai pas la tête à moi ». Dort mal. La résistance à tout est très marquée. Pour la déshabiller et la coucher, pour la laver, lui faire prendre un bain, la nourrir, il faut engager chaque fois une lutte. On est obligé souvent de lui donner les aliments à la sonde et lorsqu'elle mange sans qu'on la force, il faut se plier à ses caprices et lui faire présenter les plats par la personne qui lui convient. Bien des fois elle développe une résistance active, donne des coups, se débat, nécessite par son attitude le concours de plusieurs infirmières. Parfois on la voit « figée, tout d'une pièce ». D'autres fois manifeste un véritable « esprit de contradiction », faisant le contaire de ce qu'on veut.

D'abord mélancolique et négativiste, L. devient bientôt surtout résistante et évolue vers la déchéance intellectuelle. En 1929, il y a eu une dizaine de jours de rémission, mais cette période ne s'est pas renouvelée. En 1930, elle est devenue gâteuse, incohérente, ne parlant plus ni de son délire ni de ces hallucinations. Cet état ne fait que s'accentuer, et en été 1933 on est en présence d'un état démentiel, avec prédominance énorme de phénomènes de négativisme.

La malade a été prise d'abord pour une maniaco-dépressive. Le diagnostic de dysphrénie antitonique a été posé en 1930.

T., Vve H., entrée le 12 juin 1925 à l'âge de 59 ans.

Pas d'antécédents héréditaires devant être retenus. A eu de grands chagrins de famille. Depuis un an environ, devient triste, sombre, dort mal. Au cours des dernières six semaines, accentuation des phénomènes mélancoliques ayant amené finalement une tentative de suicide.

La malade est déprimée, avec parfois des périodes d'anxiété d'ailleurs peu accusée. Paraît quelquefois inquiète et instable. Sujette à des périodes de légère excitation qui surviennent plusieurs fois dans la journée et qui durent quelques heures. Crie peu, marmotte plutôt des phrases inintelligibles, remue beaucoup, ne reste pas tranquille, fait et défait son lit, etc. Essaie de se mutiler, manifeste le désir de mourir. Peu de temps après l'entrée, on note l'apparition de périodes de demi-stupeur caractérisées surtout par des phénomènes de négativisme (voir plus bas). Les idées délirantes sont multiples. Se dit « innocemment condamnée », affirme qu'on va l'empoisonner et déclare suspecte la nourriture qu'on lui présente. Le délire de négation est très riche : elle n'a « pas de bouche, pas de tête, pas rien », est « pleine de vers », son corps « agit » malgré elle, est « morte vivante, enterrée vivante », remue les membres pour voir s'ils « vivent », puis affirme qu'une partie de son corps est vivante, l'autre non. Les troubles sensoriels sont douteux, en tous cas infimes. A dit cependant une fois (en 1927) qu'elle voyait sur

son lit « des bêtes et des vers » et une fois (en 1933) qu'elle entendait parler « un curé ». L'orientation est médiocre plutôt que véritablement mauvaise : la malade est plutôt subconfuse et désemparée. Elle connaît son âge, le prénom du mari, sait qu'elle est « à l'hôpital », mais ignore l'année en cours (répond : « je n'ai plus de mémoire »). Accuse des maux de tête. Dès novembre 1925 on constate l'existence de quelques symptômes particuliers : fait des grimaces étranges, prononce brusquement des mots sans suite, tout à fait inintelligibles, accomplit des gestes stéréotypés et automatiques (parfois pendant plus d'une heure fait avec le tronc des mouvements de balancement en avant et en arrière, ou bien des mouvements latéraux avec la tête, tout en tenant les yeux fermés). Tout à coup pousse des cris perçants. On constate quelquefois du gâtisme. Les phénomènes de résistance et de négativisme sont très marqués. Elle s'oppose à tout et parfois résiste activement. N'aime pas qu'on l'interroge et répond aux questions indirectement, toujours par phrases courtes et sommaires. On constate souvent une sorte de demi-stupeur avec mutisme presque complet. Il est pour ainsi dire impossible de l'alimenter normalement : alimentée à la sonde depuis huit ans, avec de courts intervalles. Evolution : l'état mélancolique avec périodes d'excitation, confusion dans les idées, délire de négation existait dès l'entrée, les stéréotypies et le négativisme ont apparu moins de six mois après, finalement s'est installé un état démentiel qui dure encore maintenant (été 1933), avec semi-mutisme, gâtisme, négativisme (sitiophobie persistante). Reste toujours au lit. Reçoit mal sa famille. Ne se plait avec personne, mais malgré tout ne paraît pas avoir perdu tout contact avec la réalité et se montre assez attentive à ce qui se passe autour d'elle. Les opinions sur la maladie ont été dans le service les suivantes : à la quinzaine : « confusion mentale » ; en 1931 : « guérison extrémement douteuse ».

Nous basons notre description sur celle de Van der Scheer et sur cinq cas personnels suivis pendant un laps de temps suffisant pour arriver à une conclusion : 1-13 mois (mort) ; 1-4 ans 3 mois (sortie, mort un an après) ; 1-4 ans 6 mois ; 1-5 ans 6 mois ; 1-8 ans. Ces trois derniers sont encore dans le service (été 1933). Il ne s'agit que de femmes. Le rôle de l'hérédité est insignifiant. L'âge de début est le suivant : Pour Van der Scheer : 44-56 ; d'après nos cas : 45-58. Il n'y a rien de particulier à dire sur le caractère antérieur des sujets. Quant aux causes provocatrices, il est peut-être intéressant de noter que deux de nos malades avaient été récemment opérées (hystérectomie, curettage). Le rôle des émotions déprimantes (chagrins, craintes de ruine, etc.), est le même que dans l'apparition de la mélancolie présénile en général.

Le début est en général subaigu. La maladie se développe en

quelques mois et l'internement devient alors nécessaire. Chez une de nos malades, l'affection a éclaté subitement, en pleine nuit : quinze jours après, il a fallu la placer à l'Asile, elle est encore en traitement depuis quatre ans et demi. Pour Van der Scheer également, le début est assez rapide. On observe de l'excitation anxieuse et aussi des idées délirantes mélancoliques. Une de nos malades a fait une fugue avant son entrée, dans trois cas on a noté des idées et des tentatives de suicide.

A la période d'état, les malades se présentent avant tout comme des mélancoliques auxquelles, cependant, leurs tendances négativistes impriment un cachet particulier. Nous pouvons passer rapidement sur les symptômes banaux que tout le monde connaît : tristesse, inquiétude, préoccupations hypocondriaques, idées de suicide, périodes d'anxiété se manifestant quelquefois par une véritable agitation. Le délire ne présente non plus rien de particulier, il ne se distingue en rien des délires mélancoliques en général (idées de ruine, de culpabilité, d'indignité, idées de persécution secondaires). Deux points doivent cependant être notés : *a*) le délire est relativement peu accusé, fugace, ne dominant pas le tableau morbide ; *b*) les plus marquées de toutes les idées sont celles de négation : la malade n'est « rien », le cœur a été « enlevé », « la matrice a été changée », elle n'a « ni tête ni bouche », « il faut l'enterrer, elle ne mourra d'ailleurs jamais ». Nous avons constaté une fois l'existence d'un délire mégalomaniaque fantasque : l' « esprit saint la guide », elle fait partie de la noblesse, elle doit « refaire la France ».

Les troubles sensoriels sont tout à fait insignifiants. On observe parfois des hallucinations de l'ouïe, en concordance avec le délire mélancolique : les enfants parlent et se plaignent car on les maltraite, des voix accusatrices reprochent la mort du mari soi-disant mal soigné.

En général, il n'y a pas de confusion mentale véritable ; celle-ci n'est que « partielle », ainsi que le fait remarquer Van der Scheer. Les malades sont plutôt désemparées que désorientées au sens propre du mot. Elles ne semblent pas bien comprendre ce qui se passe autour d'elles et demandent qu'on le leur explique. L'une d'elles posait toujours cette question stéréotypée : « Où que je suis ? Où que je suis ? » Pourtant, elles ne sont pas inattentives, et Van der Scheer insiste, au contraire, sur ce fait que les excitations acoustiques et visuelles les impressionnent très vivement.

La partie la plus saillante de la symptomatologie est cette tendance si marquée à la résistance et aux réactions contraires dont il a déjà été question plus haut. Non seulement les malades résis-

tent, mais elles font encore tout le contraire de ce qu'on voudrait qu'elles fissent. Elles sont inabordables, n'aiment pas qu'on les interroge et deviennent vite anxieuses ou même agressives si on insiste outre mesure. C'est par ce trait dominant de leur psychologie — le négativisme — que s'expliquent ces manifestations si fréquentes : l'hostilité, la méfiance, les nombreuses réticences dont elles font preuve. On constate vite que tout entretien tant soit peu prolongé est impossible et serait d'ailleurs sans utilité. Animées d'un rare esprit de contradiction, ces mélancoliques négativistes doivent être surveillées et soignées de très près. Elles refusent souvent de s'alimenter, de sorte qu'on peut être obligé de les nourrir à la sonde pendant des années si on ne veut pas les perdre. Il faut se mettre à plusieurs pour les déshabiller, leur faire prendre un bain, les forcer à se déplacer un peu. On les voit souvent « figées », « tout d'une pièce », sans toutefois qu'il y ait de stupeur vraie ni de raideur musculaire catatonique (Van der Scheer). Il y en a qui résistent même au sommeil, telle cette malade qui nous disait : « Je ne veux pas dormir et je ne dormirai pas... »

La psychose que nous étudions évolue d'une façon constante vers un état d'affaiblissement intellectuel dont le degré seul est variable, mais qui, en règle générale, peut être qualifié de démentiel. Les symptômes de mélancolie anxieuse qui dominent dans la première phase de la maladie deviennent bientôt moins apparents et font place aux tendances négativistes qui ne tardent pas à affecter un aspect uniforme tout en conservant une teinte dépressive.

Puis tout le tableau morbide pâlit et s'estompe, les sujets semblent perdre tout intérêt à ce qui se passe, des stéréotypies apparaissent et la démence terminale s'installe, cependant que persistent, quoique d'intensité diminuée, les phénomènes négativistes. Le processus tout entier peut durer pendant des années. Cette évolution de la dysphrénie antitonique parfaitement vue et précisée par Van der Scheer, nous l'avons constatée également chez nos malades. Notons que quelquefois de très courtes périodes d'amélioration peuvent s'intercaler dans le cours de la psychose et que nous avons même constaté une fois, après des années de maladie, une légère mais durable amélioration : la malade, jadis délirante et inabordable, est aujourd'hui moins négativiste, s'occupe un peu, s'alimente bien, tout en restant déprimée et affaiblie.

Après avoir étudié la forme de Van der Scheer au point de vue purement clinique, nous devons en faire une étude nosologique.

Les psychoses de l'âge avancé de la vie ne présentent pas toujours les mêmes tableaux morbides que chez l'adulte. Un des auteurs qui ont le mieux étudié ce côté de la question, Kryspin-Exner, insiste sur leur complexité, et notamment sur ce fait qu'il est possible d'observer chez le même sujet la coexistence ou la succession de syndromes différents (1-2). Ces réserves étant faites, on peut, schématiquement parlant, distinguer trois groupes principaux de psychoses préséniles ou d'involution : les psychoses dépressives, délirantes et démentielles. Il existe encore des formes moins communes : ce sont les formes confusionnelles (Beyer) (3) et psychogènes (Jacobi) (4), ces dernières devant être rapprochées des psychoses dégénératives (Pécharman) (5). Mentionnons enfin les maladies à substratum organique connu, telles que : la maladie d'Alzheimer et celle de Pick.

Dans quel groupe peut-on classer les cas que nous étudions dans le présent travail ? Il semble bien que ce soit parmi les psychoses démentielles, car il s'agit de malades qui, d'abord mélancoliques et parfois même confuses, finissent assez rapidement par présenter des symptômes d'affaiblissement intellectuel. Il importe d'ailleurs de ne pas oublier la présence de ces symptômes dépressifs et confusionnels ni celle d'idées délirantes. On vient de voir tout à l'heure que les psychoses de cet âge présentent dans leur expression clinique un certain polymorphisme : notre forme ne fait pas exception à la règle. De tous les symptômes constatés, le plus saillant est le négativisme. Aussi, avant d'aller plus loin, nous paraît-il opportun de nous arrêter sur ce point.

L'existence de ce symptôme au cours de certaines psychoses d'involution est connue depuis longtemps et dans un travail paru en 1913, en collaboration avec Arsimoles, nous avons attiré l'attention à la suite de Kræpelin et de Spielmeyer sur ces états préséniles évoluant vers un affaiblissement intellectuel « après une période de dépression et de négativisme. » (6).

Il faut d'ailleurs remonter à Cotard si on veut faire l'historique

(1) Kryspin-Exner. — Beitrag z. Symptomatologie der Psychosen in den Umbildungsjahren. *Archiv. f. Psychiatrie,* 1923, vol. 69, p. 396.

(2) *Idem.* — Ueber Verlaüfs formen von Psychosen d. höheren Lebensalters. *Archiv. f. Psychiatrie,* 1924, vol. 70, p. 369.

(3) Beyer. — Akute Verworrenheit im Klimœkterium. *Archiv. f. Psychiatrie,* 1897, vol. 29, p. 182.

(4) Jacobi. — Psychosen im Klimœkterium. *Klinische Wochenschrift,* 26-7-1930 et *Archiv. f. Psychiatrie,* 1930, vol. 90, p. 595.

(5) Pécharman. — Essai sur les psychoses de la vieillesse. *Thèse de Paris,* 1893.

(6) Arsimoles et Halberstadt. — Les troubles mentaux séniles et présèniles. *Paris Médical,* 20 septembre 1913.

de la « folie d'opposition » survenant à un certain âge. Citons ce passage : « les mêmes malades qui nient tout, s'opposent à tout, résistent à tout ce qu'on veut leur faire faire. Certains fous, dit Guislain, sont d'une opposition dont on ne peut se faire une idée quand on ne les a pas vus de prés. Il faut les plus grands efforts pour les déterminer à changer de linge, ils refusent de se coucher dans leur lit, ils ne veulent pas se lever... c'est la folie d'opposition. » (1). Or, voici l'âge de ses malades (en dehors des paralytiques généraux) : hommes, 48, 53 ; femmes, 42, 43, 51, 51, 53, 54, 58, 63. Ainsi, croyons-nous, la démonstration est faite que Cotard avait certainement une notion des phénomènes que nous étudions ici. Et lorsque le même auteur dit : « généralement les aliénés sont négateurs... la réalité leur est devenue étrangère ou hostile »..., ne reconnaît-on pas dans ces paroles les notions d'autisme et de négativisme que l'œuvre de Bleuler et de ses commentateurs nous a rendu familières ? Un auteur récent, Riese a écrit : « Nous appelons négativistes les sujets, surtout les schizophrènes, qui, selon l'expression de Bleuler écartent les influences extérieures. » (2). Nos malades répondent certainement à cette définition (tout en n'étant pas des déments précoces, bien entendu).

La dysphrénie antitonique devant être rangée parmi les psychoses d'involution dites « démentielles », il importe de déterminer quelle est la variété de celles-ci qui s'en rapproche le plus.

La « mélancolie figée » de Medow est caractérisée par le développement sur un fonds de mélancolie présénile d'un état d'affaiblissement de moyenne intensité, n'allant pas jusqu'à la démence confirmée (3). On observe une certaine tendance à l'opposition, mais sans négativisme prononcé. Ce qui frappe avant tout, c'est une grande uniformité dans le comportement avec absence d'initiative, une sorte de diminution psychique développée sur un fonds de dépression mentale (4).

La démence mélancolique présénile, isolée par Kræpelin, est caractérisée avant tout par un état mental dépressif avec parfois des idées délirantes très accentuées, sans négativisme marqué, évoluant assez rapidement vers la démence. Au cours de la phase

(1) Cotard. — Etudes sur les maladies cérébrales et mentales. Paris, 1891. *Délire des négations,* p. 314.

(2) Riese. — Zur Psychopathologie d. Negativismus. *Monatschrift f. Psychiatrie,* vol. 58, avril 1925, p. 121.

(3) Medow. — Eine Gruppe depr. Psychosen d. Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. *Archiv. f. Psychiatrie,* 1921, vol. 64, p. 480.

(4) Halberstadt. — La mélancolie présénile et ses variétés cliniques. *Annales Médico-Psychologiques,* novembre 1928, p. 307.

terminale ce qui frappe c'est un état quasi-stéréotypé, sur un fond mélancolique persistant jusqu'au stade ultime de la maladie.

Dans la « mélancolie présénile maligne » bien décrite par Kræpelin, il y a une prédominance de phénomènes d'anxiété, un affaiblissement intellectuel relativement peu marqué, une terminaison assez rapide par la mort (d'où le nom de la maladie) (1). Mais il y a des cas de ce genre rangés par Lhermitte et Nicolas dans les « formes démentielles pernicieuses » qui présentent des stéréotypies et du négativisme (2).

La schizophrénie tardive (3). On sait que cette forme est très discutée. Si on élimine les cas où une poussée de schizophrénie apparue à l'âge présénile n'est que la reviviscence d'un processus commencé dans la jeunesse mais s'étant arrêté au cours de son évolution (pseudo-guérison), si on met, disons-nous, de côté ces cas de schizophrénies évoluant par poussées, il ne reste que des observations tout à fait exceptionnelles voire discutables. Déjà, Gaupp était sceptique sur l'identité de ces formes avec la démence précoce malgré les ressemblances extérieures (4). Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question partagent cette manière de voir. Citons parmi les auteurs récents : Divry et Moreau (5), Hoven (6), Jacobi qui estime que la catatonie tardive est une affection particulière et qui comporte d'ailleurs un pronostic très sévère *quoad vitam*.

De l'esquisse que nous venons de tracer des quatre états dont on pourrait rapprocher notre forme, il nous paraît résulter que celle-ci ne ressemble à aucun d'eux d'une manière complète : dans la psychose de Medow, il s'agit d'un simple affaiblissement intellectuel plutôt que d'une démence vraie ; la démence mélancolique présénile de Kræpelin ne comporte nullement de prédominance de phénomènes négativistes ; la mélancolie maligne est caractérisée surtout par de l'agitation anxieuse et se termine généralement par la mort après une durée relativement courte ; dans la schizophrénie tardive on observe des

(1) Kræpelin. — *Traité*. Huitième édition, tome 2, 1910.

(2) Lhermitte et Nicolas. — La démence sénile et ses formes anatomocliniques. *Encéphale*, 1924, novembre, p. 583 ; décembre, p. 654.

(3) Halberstadt. — La schizophrénie tardive. *Encéphale*, novembre 1925, p. 655.

(4) Gaupp. — Die depressionszustände d. höheren Lebensalters. *Munch. med. Wochenschrift*, 1905, n° 32.

(5) Divry et Moreau. — A propos de la catatonie tardive. *Journal belge de Neurologie*, juillet 1929, p. 418.

(6) Hoven. — Un cas de démence à la ménopause. *Journal belge de Neurologie*, février 1931, p. 70.

symptômes de dissociation psychique et d'indifférence affective. Ajoutons que les deux dernières variétés ne sont sans doute pas des affections autonomes, mais des syndromes mentaux pouvant apparaître au cours de différents états morbides d'involution. Nous avons dit plus haut combien au surplus est encore obscure toute la question de la catatonie tardive. On pourrait même se demander si des cas de dysphrénie antitonique n'ont pas été considérés comme relevant de la schizophrénie en raison du négativisme et de la démence terminale.

Pour déterminer la place de la psychose que nous étudions dans la nosologie, il importe encore de ne pas perdre de vue l'élément confusionnel. Van der Scheer y attache une grande importance. Il estime qu'il est dû à une toxi-infection dont le rôle dans l'étiologie de cette psychose lui paraît très grand. Si cette opinion était confirmée on pourrait peut-être rapprocher la dysphrénie antitonique de ces psychoses d'allure confusionnelle dont parle Runge (1) au cours desquelles on observe précisément du négativisme et qui, dit-il ont une évolution variable : guérison (Berger) (2), affaiblissement intellectuel (Siemerling) (3), mort (cas de Ziveri) (4).

Nous avons essayé, dans les pages qui précèdent, à la suite de Van der Scheer, de montrer qu'il existe des psychoses d'involution dans lesquelles le tableau clinique est dominé par un état de négativisme évoluant sur un fond dépressif accompagné de quelques phénomènes confusionnels et aboutissant à un affaiblissement démentiel. Cette forme constitue-t-elle une entité morbide ? Ou bien n'est-elle qu'une variété clinique sans droit à une autonomie réelle ? Nous hésitons à nous prononcer sur ce point, tellement est encore obscure et incertaine toute la nosologie des maladies mentales de la présénilité. En tout cas, un fait nous paraît acquis : au cours des troubles psychiques de l'âge avancé de la vie, la résistance active et passive à l'influence ambiante, l'opposition, la négation, jouent un grand rôle dans certains tableaux morbides. Ceux-ci évoluent généralement vers un affaiblissement intellectuel. Leur place dans la nosologie ne peut encore être considérée comme définitivement acquise.

(1) Runge. — Article sur les psychoses d'involution dans le *Traité de Bumke*, vol. VIII, 1930, p. 597.

(2) Berger. — Ueber die Psychosen d. Klimœkteriums. *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1907, vol. 22, supplément, p. 13.

(3) Siemerling. — Geisteskrankheiten d. Greisenalters. *Traité de Schwalbe*, 1909, cité par Runge.

(4) Ziveri. — Beitrag z. Kenntnis d. präsenilen Irreseins. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, Orig. 1912, vol. 8, p. 255.

CONTRIBUTION
A L'HISTOLOGIE DU DÉLIRE AIGU

PAR

JEAN TUSQUES

« Ce qui frappe à première vue à l'examen des préparations par la méthode de Nissl, c'est l'énorme quantité des cellules atteintes par l'énigmatique processus pathologique. »

« TRÉNEL. — *Quelques observations sur le délire aigu.* »

L'examen des préparations dont le commentaire constitue ce travail confirme cette observation (1).

L'examen a porté sur différentes régions des centres nerveux chez cinq malades du service de M. le Docteur Capgras, mortes à la suite d'un syndrome ayant entraîné le diagnostic clinique de délire aigu. Pour l'une d'entre elles, le diagnostic fut celui de confusion mentale aiguë. Nous avons fait entrer ce cas dans le même cadre que les précédents, d'une part en raison de l'assentiment des cliniciens qui eurent l'occasion d'observer la malade, d'autre part en raison de l'identité des lésions histologiques, avec celles des cas nettement étiquetés « délire aigu ».

Ayant observé exactement les mêmes processus histologiques dans ces cinq cas, j'exposerai synthétiquement ce qui me paraît répondre aux lésions essentielles dans le délire aigu.

Ces lésions peuvent se résumer aux deux grands processus suivants :

(1) Travail du Service du Dr Capgras et du Service du Dr Courbon. Prix Trénel, 1932.

1° Neurolyse.
2° Neurophagie.

Elles peuvent atteindre différents étages du névraxe, mais sont particulièrement nettes au niveau du cortex, du cortex frontal surtout. C'est là que nous les étudierons principalement.

I. — Neurolyse

Ce processus est particulièrement remarquable dans le cortex frontal. On observe plusieurs degrés dans cette destruction cellulaire. Certains neurones paraissent simplement atteints de tigrolyse ; ils ne présentent pas de corps de Nissl, mais les contours du corps cellulaire sont encore bien visibles, les prolongements peuvent être suivis sur une certaine longueur. A l'extrême, nous avons des neurones dont le cytoplasme n'est plus représenté que par une fine poussière plus ou moins teintée, en bleu par la méthode de Nissl, en gris sale par les imprégnations à l'argent. On observe tous les intermédiaires entre ces deux images.

Les noyaux paraissent résister plus longtemps au processus destructeur. En effet, la membrane nucléaire est encore fort bien visible sur les neurones dont la lyse cytoplasmique est fort avancée. Le nucléole est presque toujours net, bien coloré, ce qui permet, d'ailleurs de reconnaître certains petits neurones, dont le cytoplasme est presque inexistant, et dont le noyau, simple petite vésicule claire, n'a pas une taille supérieure à celle ds noyaux de gros astrocytes. Cependant, on observe parfois la présence d'un repli de la membrane nucléaire, et, dans certains éléments, le noyau est déformé, irrégulièrement triangulaire, ovalaire ou lobé et excentrique. La chromatine est parfois précipitée, formant des amas plus foncés que normalement à la méthode de Nissl. Notons en passant que ces lésions nucléaires ne correspondent pas à une neurolyse particulièrement avancée, et que l'on voit un noyau déformé au milieu d'un cytoplasme peu touché, aussi bien qu'un noyau presque intact sur une poussière cytoplasmique. Quelquefois enfin, tout le corps cellulaire n'est plus représenté que par une ombre vaguement colorée et difficilement identifiable à un neurone.

Cette cytolyse, rare dans les noyaux gris centraux, le bulbe, la protubérance, les pédoncules cérébraux, n'atteint dans ces régions que quelques cellules isolées. Par contre, au niveau du cortex frontal, elle frappe l'ensemble des régions observées,

mais à des degrés divers, suivant des zones réparties d'une façon quelconque, sans systématisation possible. Cependant, il est remarquable d'une part, que certaines plages paraissent entièrement désertes (comme l'ont signalé Claude et Cuel, Trénel) et que, d'autre part, certaines cellules paraissent intactes, en pleine zone de neurolyse très accentuée. Cette particularité est surtout remarquable au niveau de la frontale ascendante. On voit très nettement les grandes cellules de Betz, avec un aspect normal. Ces neurones tranchent sur leurs voisins (cellules pyramidales petites et moyennes) atteints d'une lyse prononcée. La constance dans une même préparation de l'intégrité de ces grands neurones (fait que je ne me rappelle pas avoir vu signaler) permet de conclure à leur plus grande résistance. Cette intégrité des neurones dont le cylindraxe constitue le faisceau pyramidal correspond d'ailleurs à l'absence de signes cliniques pyramidaux chez les malades. Par contre, la grande atteinte des cellules petites et moyennes, comparée aux troubles essentiellement psychiques et pyscho-moteurs des malades, correspond très bien à l'idée que l'on se fait du rôle de ces neurones. Il serait intéressant de rechercher en série cette opposition entre neurones d'association et neurones moteurs. Mais il s'agit là d'un travail dont l'envergure échappe aux laboratoires dont nous disposons. Nous avons donc abandonné cet essai de systématisation, quoique cet aspect de la question soit éminemment intéressant, pour nous borner à étudier le détail du processus morbide dans les petits et les moyens neurones.

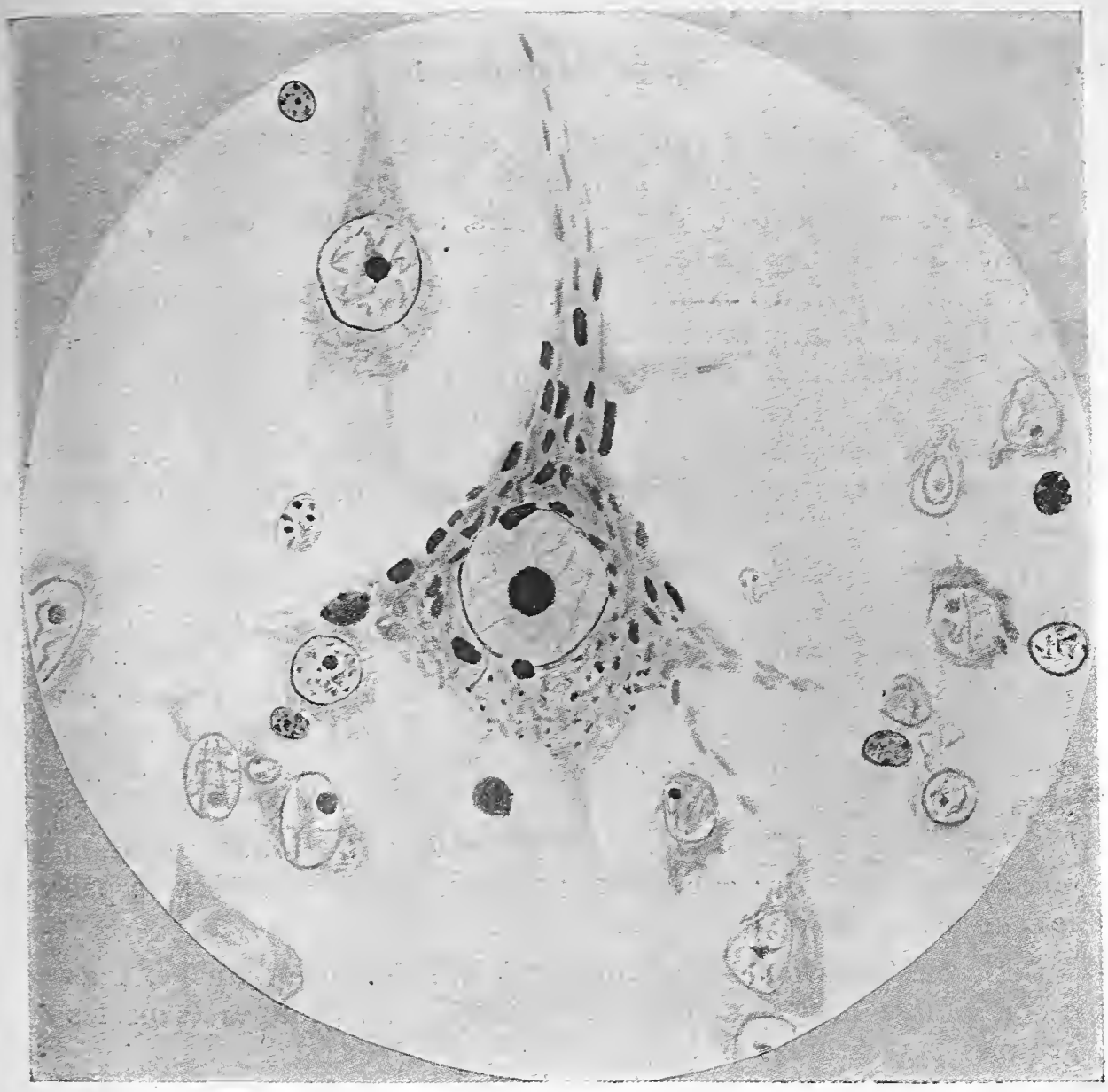
Discussion. — Ces lésions de neurolyse ne peuvent pas être attribuées à des altérations cadavériques :

1° Leur intensité est variable et on observe côte à côte des neurones atteints à des degrés fort variables.

2° Les « plages désertes » ne peuvent pas être réalisées par l'autolyse cadavérique et ne peuvent correspondre qu'à des zones où le processus destructif a atteint son maximum d'intensité.

3° Enfin, la présence d'éléments sains, comme les grandes cellules de Betz, au milieu d'éléments complètement lysés, élimine l'hypothèse d'altérations cadavériques.

D'ailleurs, on peut voir, à titre de comparaison, l'aspect cadavérique dans les préparations de la malade M..., préparations qui montrent les lésions de neurophagie, et d'autre part cet aspect cadavérique, bien distinct de l'aspect de neurolyse.





Dessin et photographie destinés à montrer l'intégrité de la grande cellule de Betz au milieu de neurones pyramidaux petis et moyens atteints de neurolyse accentuée. Guigue, F. A. — Coupe nº 16. Nissl).

II. — Neurophagie

Je classe sous cette rubrique, en étendant peut-être un peu le sens habituel de ce mot, l'ensemble des processus qui aboutissent à la phagocytose des neurones, sans tenir compte de la nature des cellules phagocytes.

On est frappé, à l'examen des coupes colorées par la méthode de Nissl, de la grande quantité de noyaux disséminés, aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche. Ces noyaux sont évidemment plus nombreux que l'effectif habituel de noyaux névrogliques. Si l'on regarde attentivement, on voit que ces noyaux sont répartis d'une façon que l'on peut ainsi classer :

1° Noyaux disséminés, comme le sont les noyaux névrogliques normaux, mais cependant plus nombreux que ceux-ci.

2° Noyaux groupés autour de neurones ou de « traces de neurones lysés », constituant la lésion connue sous le nom de « satellitose » que Marchand a notée dans ses descriptions d'encéphalite psychosique et Trénel dans ses descriptions de délire aigu.

3° Noyaux en chapelets, dont on peut voir fréquemment la coïncidence avec des capillaires ; images également décrites par les auteurs précédemment cités.

Cette classification est applicable à la substance blanche, sans qu'on puisse bien y distinguer les différents groupes (sauf les groupes périvasculaires).

Il est parfois très difficile d'identifier l'élément auquel appartient un de ces noyaux.

Dès la méthode de Nissl, on peut déjà identifier les noyaux d'astrocytes. Ceux-ci, en effet, sont assez caractéristiques : vésicules claires, grandes, renfermant un réseau de chromatine mince ; ceux-ci sont fréquemment mêlés aux autres éléments. Les noyaux d'oligodendrocytes ne s'en distinguent que par une taille un peu moindre et un aspect légèrement plus foncé. Ces deux éléments gliaux sont beaucoup plus nombreux que ne le comporte le cortex normal.

Le reste de ces noyaux est plus difficile à identifier. Ce sont des noyaux plus petits, présentant entre eux des différences de taille appréciables quoique légères et qui prennent le colorant d'une façon assez intense. Je crois qu'on peut les distinguer en noyaux de :

1° Lymphocytes adultes banaux, très rares, reconnaissables

à leur forme nettement arrondie, leur coloration homogène intense.

2° Eléments lymphoïdes jeunes ou embryonnaires, encore bien arrondis, mais dont la coloration est plus délicate, laissant paraître un réseau de chromatine invisible dans les lymphocytes adultes. Autour d'eux on peut apercevoir, en faisant varier l'éclairage et la mise au point, un cytoplasme plus ou moins arrondi, amiboïde, très faiblement teinté, et plus abondant que celui des lymphocytes adultes. Ces cellules sont en tout point morphologiquement comparables à celles qu'on rencontre dans les centres germinatifs des ganglions lymphatiques, ou même à des lymphocytes jeunes des mêmes organes.

3° Plasmazellen, assez rares, quoique plus fréquents que les lymphocytes adultes. Leur diagnostic est souvent délicat. Cependant, on observe parfois nettement la chromatine en rosace et le cytoplasme allongé en flamme dont le noyau occupe la grosse extrémité, caractéristiques de ces éléments.

4° Microgliocytes, se confondant très souvent avec les éléments précédents, mais que l'on peut cependant diagnostiquer, devant un noyau petit, triangulaire.

5° Quelques rares éléments à noyau volumineux, en boudin, qui doivent correspondre à des macrophages d'origine probablement variée.

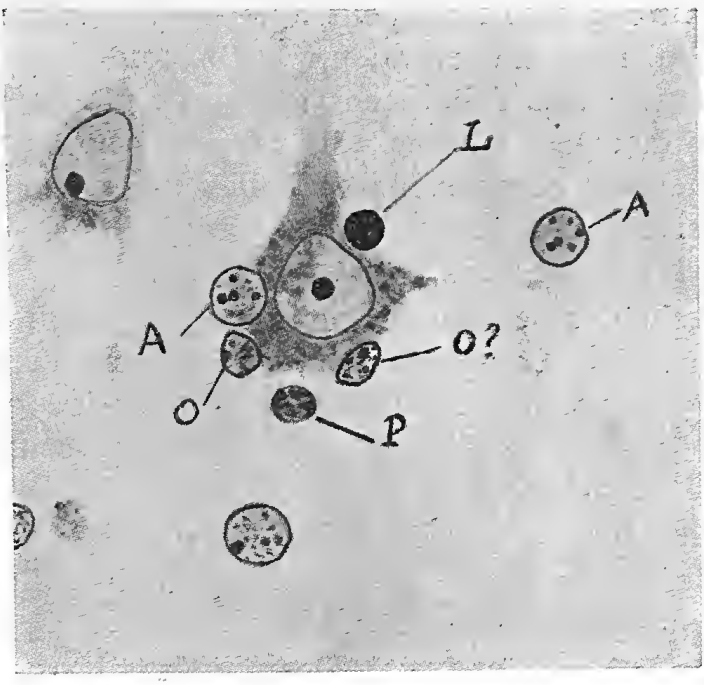
J'ai longtemps cru que la majorité des noyaux dont je viens de donner un essai de classification appartenait à la névroglie. Un essai d'imprégnation panoptique (méthode de Rizzo) m'a montré que si la névroglie participait certainement à cette invasion de cellules, beaucoup de noyaux ne montraient à l'imprégnation aucun caractère névroglique.

Revenons maintenant à l'analyse des images que j'ai classées sous le nom de neurophagie.

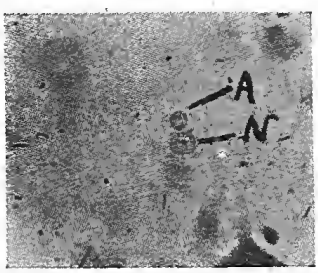
1° Noyaux en chapelets ou groupés autour de capillaires : au premier abord, on serait tenté de voir là exclusivement des images de diapédèse. Mais la diversité des éléments constituant ces groupements nous oblige à y voir :

a) Des éléments névrogliques. Trénel a insisté sur la constitution névroglique de certains groupements périvasculaires dans le délire aigu. Il est certain qu'on voit fréquemment, groupés autour de capillaires, ou alignés en chapelets le long des capillaires, des noyaux volumineux, clairs, correspondant certainement à des astrocytes. Il est d'ailleurs curieux que l'on observe souvent de telles images pures.

b) Mais très souvent, le groupement est constitué soit uniquement par de petits noyaux assez foncés correspondant à des éléments lymphoïdes embryonnaires, soit par un mélange de tous les éléments que j'ai énumérés plus haut.



Dessin montrant la diversité des phagocytes. L, Lymphocyte adulte ; A, Astrocyte ; O, Oligodendrocyte ; P, Plasmazellen. (Guigue. Coupe nº 16. Nissl).



Photographie montrant un astrocyte accolé à un neurone phagocyté dont le noyau est encore visible (Guigue. Coupe 16. Nissl).

2° Noyaux groupés autour de neurones : ce sont là les images de satellitose constituant à proprement parler la neurophagie. Là encore, la plus grande diversité est constatable, quant à la nature des phagocytes.

Comme ces images sont les plus importantes, je les décrirai avec un peu plus de détail.

3° Noyaux disséminés : là encore on observe le mélange de différents éléments.

Neurophagie proprement dite. — J'ai remarqué que les images de satellitose pouvaient aussi bien s'observer au niveau de neurones presque sains qu'au niveau de neurones déjà fortement lysés. Et, ce qui est curieux, c'est qu'on observe tous les degrés de neurolyse, indifféremment, avec ou sans satellitose. Nous reviendrons ultérieurement sur ce qu'on peut penser de cette particularité.

a) Neurophagie de neurones peu ou pas lysés. — Ce sont ces images qui méritent vraiment le nom de neurophagie. Le neurone pyramidal moyen (par exemple) est entouré d'un plus grand nombre de corpuscules satellites que normalement. Voilà ce que l'on constate tout d'abord. A un examen prolongé, on remarque nettement sur certains de ces neurones une ou plusieurs encoches, telles que ne les réalisent jamais les oligodendrocytes satellites normaux. Dans cette encoche est logé un phagocyte. Ce phagocyte est généralement un lymphocyte lorsque l'encoche est nette, franche. Les cellules gliales sont généralement accolées au neurone dans une encoche beaucoup moins nette, limitée par des bavures.

b) Neurophagie de neurones fortement lysés. — Ici on observe fréquemment, simplement un groupe de noyaux reposant sur des débris de neurone. Ces groupes sont constitués par un nombre extrêmement variable d'éléments : de deux à douze ou quinze. Souvent — et je signale cette image dont la particularité et la fréquence m'ont frappé — on voit un neurone fortement lysé, accompagné d'un seul volumineux astrocyte.

Ces images que nous venons de décrire dans le cortex, et notamment dans le cortex frontal, se voient également dans d'autres portions du névraxe (noyau gris, pédoncules, protubérance, bulbe, moelle même, surtout cervicale) mais à un degré beaucoup moins marqué. Dans ces régions, on voit de temps en temps des plages de neurophagie. Il est curieux de constater que, dans les noyaux gris bulbaires, par exemple, on constate parfois, au milieu d'une zone d'aspect absolument normal, brusquement un seul neurone en neurophagie.

Seule, l'infiltration lymphoïde périvasculaire, très peu marquée au niveau du cortex, paraît plus nette au niveau des noyaux gris du pédoncule ou du bulbe.

INTERPRÉTATION. — Il n'est pas douteux que les éléments lymphoïdes proviennent des capillaires. On peut considérer les

groupements périvasculaires, lorsque ceux-ci sont constitués par des éléments lymphoïdes, comme le premier stade de l'invasion lymphocytaire.

Quant à la prolifération névroglique, il est probable également que la paroi vasculaire joue un rôle dans sa formation. Les groupements périvasculaires qu'on y observe correspondent à des zones de prolifération des astrocytes et des oligodendrocytes dont les prolongements contribuent à constituer la membrane pio-gliale. Cependant, il est surprenant de ne trouver aucune image de mitose.

Je ne dirai rien de l'origine des microgliocytes, cette question n'ayant pas encore de bases classiques suffisamment sûres pour servir à interpréter.

Discussion. — On pourrait objecter à la neurophagie, comme le fait Spielmeyer, qu'il existe à la partie inférieure du cortex des cellules pyramidales normalement entourées de corpuscules satellites souvent nombreux qui s'appliquent dans les sinuosités de la cellule. Il ne peut s'agir ici d'une telle image. Tout d'abord, dans ces préparations, la satellitose, la neurophagie intéresse toutes les couches du cortex (et dans les autres régions du névraxe est répartie d'une façon quelconque) ; de plus, les échancrures ici décrites ne peuvent pas représenter de simples sinuosités du corps cellulaire.

Voilà les lésions qui m'ont paru fondamentales dans ces cinq cas de délire aigu.

A côté, signalons simplement une congestion vasculaire assez intense parfois ; peut-être des néoformations capillaires. J'ai observé en effet, assez fréquemment, des coupes transversales de tout petits capillaires à caractère presque embryonnaire ; mais je signale simplement le fait sans trop m'avancer dans son interprétation.

Jamais je n'ai constaté de lésion méningée, en dehors d'une congestion, ni de grosse périvascularite telle qu'on peut en observer dans l'encéphalite épidémique par exemple.

Conclusion

Neurolyse et neurophagie paraissent donc bien constituer les principales lésions dans les pièces de ces cinq malades, comme dans celles que montrait mon regretté maître Trénel.

Ces deux processus semblent être indépendants l'un de l'au-

tre. En effet, comme je l'ai signalé plus haut, on peut observer des neurones peu ou pas lysés, mais en neurophagie, et des neurones fortement lysés sans aucune neurophagie. On ne peut donc pas admettre que la neurophagie est une nécrophagie, un mode d'élimination des neurones lysés. On ne peut pas non plus considérer les images de lyse accentuée comme des reliquats de neurophagie, puisque certains neurones, dont il ne reste plus qu'un peu de poussière, sont entourés de nombreux phagocytes.

Il est plus vraisemblable d'admettre que le processus toxique ou infectieux qui se manifeste cliniquement par le syndrome (ou la maladie) « délire aigu », provoque indépendamment deux phénomènes :

1° Destruction brutale de neurones, portant peut-être électivement sur les neurones d'association, surtout corticaux.

2° Appel lymphocytaire et prolifération névroglique au niveau des centres nerveux.

Il est probable — et les images de neurones complètement lysés, phagocytés exclusivement par des éléments névrogliques le montrent — que la neurophagie par gliocytes est, elle seulement, la conséquence de la neurolyse.

BIBLIOGRAPHIE

Carrier et Martin. — Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes,* Limoges, 1901.

Claude et Cuel. — Note anatomo-clinique sur trois cas de délire aigu. *Encéphale,* septembre 1927.

Roussy, Lhermitte et Oberling. — La névroglie. *XI^e réunion neurologique.*

Toulouse, Marchand et Courtois. — L'encéphalite psychosique azotémique. *Presse Médicale,* 1930, p. 497.

Trénel. — Quelques observations sur le délire aigu. Phrénitis d'Hippocrate. *Paris Médical,* 27 septembre 1930.

SYNDROME CATATONIQUE ATYPIQUE AVEC SURSIMULATION CHEZ UN DÉLIRANT CHRONIQUE

PAR

HENRI CLAUDE et LOUIS CORMAN

Aucun problème n'est plus difficile à résoudre que celui posé par certains troubles mentaux, dont l'allure clinique atypique fait penser à la simulation.

Simulation intentionnelle ou fausse simulation, tel est le dilemme que les examens les plus attentifs et les plus prolongés ne réussissent pas toujours à trancher.

La question est d'importance, autant pour la pratique civile que pour la pratique militaire ; aussi a-t-elle fait l'objet de nombreux travaux. Par ces travaux, nous savons les conditions dans lesquelles de vrais malades peuvent apparaître comme des simulateurs. Tantôt, c'est à la faveur d'une exagération des troubles réels, exagération inconsciente, ou exagération consciente, cette dernière étant aussi appelée sursimulation. Tantôt, c'est par l'aspect atypique des manifestations mentales, réalisant par exemple le tableau du syndrome de Ganser.

Mais, même pour un observateur prévenu, il ne manque pas de cas où le diagnostic est très difficile et ne peut être posé qu'à l'aide d'examens spéciaux, dont l'*éthérisation* est un des plus précieux. Tel est le cas que nous rapportons ici.

OBS. I. — B. nous fut amené de la Salpêtrière en décembre 1931. Il y était resté 8 mois, en observation, dans le Service du Dr Crouzon, qui a bien voulu nous l'adresser.

Son cas ne laissait pas d'être très difficile, et aucune des hypothèses qu'on avait soulevées n'avait pu être prouvée.

Selon les dires de sa femme, lesquels ne peuvent être reçus qu'avec quelques réserves — on en verra la raison, — B., quand il fut admis à

la Salpêtrière, se conduisait depuis plusieurs mois comme un véritable *automate*. Il ne faisait absolument rien de lui-même, Il ne se levait du lit, ne s'habillait, ne mangeait, et n'accomplissait de menus travaux — tout cela d'ailleurs très correctement — que si on lui indiquait pour chaque acte ce qu'il avait à faire, et si on le mettait en train. Il était incapable de se conduire seul dans la rue ; il ignorait les jours ; il ne distinguait pas les aliments les uns des autres. Il ne disait pas un seul mot spontanément, et répondait par monosyllabes aux questions qu'on lui posait.

Cet état d'inertie semblait avoir débuté 3 ans auparavant et s'être accentué progressivement.

Il s'était, d'autre part, accompagné de troubles sensoriels. Dès le début, B. cessa d'entendre ce qu'on lui disait. Il n'était cependant pas devenu sourd et la preuve en fut fournie par l'examen du spécialiste, l'épreuve de Lombard ayant été positive. D'ailleurs, B. entendit bientôt de nouveau. Mais cette amélioration ne dura pas : en septembre 1930, il semblait être devenu tout à fait sourd. A cette époque, il ne s'intéressait plus à rien. Il oubliait immédiatement ce qui venait de se passer. Il buttait sur les bordures des trottoirs, ainsi qu'un aveugle, et on s'aperçut alors qu'il ne voyait plus clair.

Complètement étranger à ce qui se passait autour de lui, ayant perdu, semble-t-il, la vue et l'ouïe, B. dut cesser un emploi où, depuis longtemps, on ne le gardait plus que par charité. Sa femme prit alors la décision de le conduire à la Salpêtrière.

Toutefois, quelques jours avant son admission dans cet hôpital, B. sembla recouvrer en grande partie la vue ; il s'intéressa aux siens, et joua avec sa fillette. Deux jours après, il était retombé dans son état antérieur.

Des renseignements qui nous ont été obligeamment fournis par le Dr Crouzon et ses assistants, il résulte que B. est resté 8 mois dans un état d'inertie bien singulier.

De lui-même, il ne faisait aucun geste, ne prononçait aucune parole, ne semblait pas se soucier de l'heure du repas, et faisait ses besoins là où il se trouvait. Mais, ces actes qu'il ne faisait pas seul, il les accomplissait très correctement dès qu'on l'avait mis en train. Comme il n'entendait pas ce qu'on lui disait, il fallait d'abord le secouer fortement, et ayant ainsi éveillé son attention, lui glisser sous les yeux une ardoise où on avait écrit l'ordre qu'on voulait lui faire exécuter. Sa femme employait depuis des mois ce procédé.

Même par ce procédé indirect, la conversation n'était pas très facile, car B. avait une manière bien à lui de lire l'ardoise. Il l'approchait de la lumière, suivait avec le doigt le contour des lettres, épelant chacune de celles-ci, et lisant syllabiquement. Il comprenait certaines choses très simples : ainsi les mots « lit », « pipi », dont sa femme, à ce qu'il paraît, usait régulièrement. Mais il ne paraissait nullement comprendre quoi que ce soit de plus compliqué.

B. semblait insensible aux contacts. Pour éveiller son attention, il fallait le secouer fortement ou lui donner de grandes claques dans le dos. Toutefois, si on lui touchait le bout du nez, il réagissait immédiatement. Dans toutes ces conditions, il sortait de sa torpeur coutumière et disait précipitamment : « Qu'est-ce que c'est ? »

L'examen objectif avait fait constater ce qui suit :

1° Excellent état général. Toutes les fonctions végétatives s'accomplissaient bien.

2° Absence d'aucun signe neurologique. La démarche, les gestes, s'ils étaient rares et presque jamais spontanés, étaient, par contre, normaux dans leur exécution.

3° Conservation des attitudes, prolongée parfois pendant demi-heure, même dans des positions gênantes.

4° Intégrité objective des appareils de la vision et de l'audition.

5° Liquide céphalo-rachidien normal.

Devant un tel tableau, le Dr Crouzon a pensé à la simulation. Mais il ne lui a pas été possible de faire la preuve de celle-ci. Ayant appris de la femme du malade, qu'une demande de pension avait été faite, et était en cours d'examen, notre collègue a pensé que la simulation, — si celle-ci était vraiment en cause, — avait pour but l'obtention plus certaine de cette pension. On amena B. devant une prétendue commission de réforme, et, après examen, on lui accorde 100 %. Cette mise en scène ne donna pas le résultat attendu, car B. resta les jours suivants dans le même état.

C'est alors qu'il fut adressé dans le Service de la Clinique, aux fins d'examen.

Nous avons pu constater les signes qui ont été précédemment décrits.

Nous étions fort embarrassés. L'*éthérisation* du sujet vint nous tirer de notre embarras.

A peine avait-il inhalé quelques bouffées d'éther, que B. devint rouge, et sortant de son apathie ordinaire, se mit à parler avec une grande exubérance.

De ses déclarations, il résultait qu'il avait *simulé* de toutes pièces l'état où il se trouvait. Simulées, la perte de la vue et de l'ouïe : « Je faisais semblant ! » Simulées les attitudes cataleptiques : « Vous « me mettiez le bras en l'air, ça avait l'air de vous faire plaisir que « je le laisse comme ça, alors je le laissais ! » Simulée, son incompréhension : « Je disais « lit », « pipi », parce que c'étaient des « choses indispensables. Les autres mots, je faisais semblant de ne « pas les comprendre. »

Les soupçons de simulation se trouvaient donc confirmés par des aveux sans aucun détour. Avec jovialité, B. s'étonnait même qu'on ait pu le croire : « Vous le saviez que je simulais, pas possible ! »

Mais il apparaissait aussitôt qu'il ne pouvait s'agir d'un cas de

simulation banale. Et l'hypothèse que B. aurait feint des troubles inexistants pour obtenir une pension de guerre, ne pouvait être retenue. Car, de ses déclarations, il résultait qu'il avait depuis des années, un *délire* très actif.

Il n'était d'ailleurs pas un inconnu à la clinique. Il avait été, en effet, interné d'office, le 31 mars 1927, à la suite des faits suivants :

Il se plaignait depuis trois mois d'être en butte à l'hostilité de son entourage. Les persécutions de ses compagnons de travail l'ayant obligé à quitter sa place, il avait l'intention d'acquérir un fonds de commerce. Une affaire se présenta. L'ayant examinée, il la trouva de son goût et versa un acompte de 10.000 fr. Quand il déclara la chose à sa femme, celle-ci répondit qu'elle ne voulait pas, et qu'il pouvait bien, si le cœur lui en disait, tenir seul ce fonds de commerce. Dispute. Menaces de B. à sa femme. On intervint. On lui proposa d'aller expliquer la chose au Commissaire de police. Il s'ensuivit ce que l'on devine : Infirmerie spéciale, puis Ste-Anne.

On n'eut, en effet, pas de peine à constater chez B. l'existence d'un *délire de persécution à base d'interprétations morbides :* hostilité de sa femme, de l'entourage, coups montés, tendance aux réactions violentes. On nota aussi que le délire avait pris racine dans des faits qui eurent lieu en 1924, à l'atelier, à l'occasion d'une grève, mais qu'il ne s'était réellement développé qu'en janvier 1927. B. sortit de l'asile après un séjour de 3 mois. Le dossier porte qu'il était guéri.

En réalité, il n'en était rien.

Grâce aux déclarations qu'a faites B., sous l'action de l'éthérisation, grâce aux Mémoires qu'il a rédigés les jours suivants, nous avons pu reconstituer une très longue histoire délirante, qui déborde de beaucoup, en durée, et en richesse symptomatique, les faits relatés jusqu'ici.

C'est à l'occasion de son mariage que les premières manifestations de sa psychose sont apparues. Il avait eu quelques soupçons sur la pureté de sa fiancée. Et, le jour des noces, il est surpris de l'attitude de sa femme, qui, prenant congé de certains amis, fond en larmes et dit à plusieurs reprises : « Je regrette, je regrette. » Le premier soir, il s'est aperçu « Ah là là ! qu'il y avait du dégât ! », et il demeure convaincu que sa femme est enceinte et le lui a caché.

Par la suite, il n'est pas heureux en ménage. Puis, sa santé décline. Il maigrit et souffre de l'estomac. Ses dents se gâtent, et le dentiste qui les lui soigne, le traite d'une manière qui lui semble bizarre. Sa femme lui ment. Elle cache de l'argent. Elle l'espionne. Il a fait là-dessus des expériences concluantes et il se dit : « Il faut tout de « même savoir à quel degré elle est contre moi. »

Bientôt, il se convainc qu'elle ne l'a jamais aimé, qu'elle avait un amant avant son mariage. Celui sur qui ses soupçons se portent, un gars du pays, vient un jour leur rendre visite avec sa famille. La

femme de B. les invite à dîner et les retient l'après-midi, tandis que B. va à son travail. « Ils n'ont pas dû s'ennuyer... J'attendais qu'il « revienne. Heureusement pour moi et aussi pour eux qu'ils n'ont « pas recommencé. »

Il hésite à charger complètement sa femme. Il se persuade peu à peu qu'on la monte contre lui, qu'elle n'est qu'une « pauvre victime ».

Car beaucoup de gens sont contre lui. A l'atelier, on lui rend la vie impossible. Dans l'immeuble qu'il habite, les locataires clabaudent sur son compte.

On en veut à son argent. On l'a poussé à faire une maison à sa belle-mère, afin de lui « souffler toutes ses économies ».

Au début de 1927, la situation à l'atelier devenant, déclare-t-il, intenable pour lui, il quitte sa place et cherche une gérance ou un dépôt. C'est à cette occasion qu'il a, comme on l'a vu, une violente dispute avec sa femme, et qu'il est interné d'office, avec le diagnostic de délire d'interprétation.

Il semble qu'il ait eu à cette période quelques hallucinations auditives, ou tout au moins des illusions. « A l'infirmerie, la nuit, « a-t-il déclaré, j'entendais Rrrran ! et des bruits de camions. Tout « ça c'était pour Bibi. Au Monsieur qui sait que c'est pour lui qu'on « fait ça, ça fait flageoler son pouls. »

Nous avons vu qu'après un séjour de trois mois à l'asile, B. était sorti guéri, tout au moins en apparence. Il digérait beaucoup mieux et avait repris son embonpoint des bonnes périodes.

Mais, en réalité, comme nous l'avons appris depuis, le délire a continué à se développer.

« Sorti de Ste-Anne, déclare B. dans ses mémoires, on va à la « campagne. Je réfléchissais d'où venait cette maladie qui a été « guérie sans aucun soin, qui fait tant souffrir (il fait allusion à ses « maux d'estomac). Me voilà retrouvé mes forces. Si c'est ma femme « et son entourage qui ont fait çà, comment savoir. Pas facile « d'avoir des preuves. Voilà ma femme parlant avec sa mère et ses « sœurs. — Je suis heureuse qu'il est revenu, malade comme il a « été. J'avais tellement peur qu'il lui serait resté quelque chose. — « *D'après ses réflexions, il n'y a pas de doute, c'est elle, si elle avait « peur qu'il m'était resté quelque chose...* Je vas faire venir ce « quelque chose. »

La dernière phrase est très significative. Pour « faire venir ce quelque chose » et pour dépister ses persécuteurs, B. commence alors, selon sa propre expression, à *faire le sourd*.

Car les persécutions continuent, imprécises, sans désignation des persécuteurs.

Peu de temps après sa sortie de Ste-Anne, il lui arrive une aventure assez singulière, surtout si l'on s'en rapporte aux termes qu'il emploie pour la raconter :

« Vous savez comment qu'on est dans le métro à midi. Il m'a craché « dans le visage. Ils ont dit : Voilà le type, qu'on courre derrière lui. « Maintenant on ne le quittera plus. »

Il se sent espionné chez lui. Un jour, après une discussion, sa femme passe dans la pièce voisine, et il la voit faire des signaux vers la maison d'en face. Il se persuade de plus en plus que sa femme, poussée par ses persécuteurs, lui a mis du poison dans ses aliments, et il explique de cette manière ses troubles gastriques et son amaigrissement. S'il a guéri si rapidement pendant son séjour à l'asile, pense-t-il, c'est qu'il y était soustrait à l'influence du poison.

Mais cela recommence : « Peu de temps après, je me suis aperçu « que les drogues revenaient. Cette fois-ci, je ne vas pas résister, mais, « au contraire, je vas devenir « double malade ». Et en effet, si je « faisais le malade au sérieux, la drogue ne venait pas, mais la moin- « dre chose que plaisantait ou autre, ça radinait... »

A partir de ce moment, il a feint la surdité en ne répondant plus aux questions qu'on lui pose. A l'hôpital St-Joseph, où on l'examine, on conclut à une surdité d'origine psychique (épreuve de Lombard positive), et on le traite, nous ne savons pas de quelle manière.

A cette époque (1929), le rendement social de B. a beaucoup diminué. Il semble étranger à tout ce qui se passe autour de lui, et exerce de moins en moins bien son métier.

Il en arrive, petit à petit, à cette existence d'automate dont nous avons parlé au début.

II. Dans l'analyse de cette observation, un premier fait apparaît tout d'abord comme certain : c'est l'existence d'un *délire chronique de persécution*. Avant 1927, date de son premier internement, B. est dans la période d'inquiétude et de recherches morbides. Il se sent malade, il a des troubles cénesthésiques variés, il rumine des idées de jalousie et de préjudice, il soupçonne sa femme et, un jour, il a vis-à-vis d'elle une réaction violente. On l'interne à ce moment et on constate, chez lui, l'existence d'un *délire d'interprétation*.

Quand B. quitte l'asile, il est en apparence guéri. En fait, il est plus que jamais enfoncé dans son délire. Il tend à systématiser celui-ci autour de cette idée encore vague qu'on en veut à son argent, à sa santé, que sa femme, si elle cherche à l'empoisonner, n'est, au fond, qu'une « pauvre victime » que les autres manœuvrent à leur gré. Le délire s'étend rétrospectivement : B. comprend maintenant le sens des faits qui se sont passés lors de son mariage, et qu'on l'a cruellement trompé.

Il est très difficile de dire si ce délire s'est accompagné d'hallucinations ; celles-ci, en tous cas, ont été rares et épisodiques.

Mais voici qu'en 1928, la scène change. B. se plonge chaque jour plus profondément dans un état d'inertie psychique et motrice, et s'isole du milieu qui l'entoure. On le croit devenu sourd, puis aveugle. Alors qu'auparavant il réagissait vigoureusement aux persécutions qu'il disait subir, désormais il ne prend plus rien à cœur, et il verse dans une indifférence à peu près complète.

C'est alors qu'il est examiné à la Salpétrière, où son état d'apparence catatonique fait d'abord penser à la démence précoce. Mais la forme singulière des troubles ne laisse pas que d'être très embarrassante pour le diagnostic.

Tous les doutes sont levés, quand nous pratiquons l'épreuve de l'éthérisation. B. se révèle alors comme un *simulateur*. Les déclarations qu'il a fait à cette époque le démontrent surabondamment :

« Alors, je me suis mis malade... »

« Et pour le faire comme je le fais, c'est pas à la portée de « tout le monde. Un sujet normal ne peut pas en faire autant. »

« Le Dr Crouzon m'accorde 100 % et je rentre chez moi. On « aurait bien vu si je restais sourd ! »

« Je la connais maintenant. Je suis comme le vieux braconnier qui devient le meilleur gendarme. »

« Vous le saviez que je simulais ! Pas possible. Vous ne me « ferez jamais croire qu'on peut se tromper ainsi. »

« Etant à la Salpêtrière, ma femme parlait avec une infirmière : on va l'envoyer à Sainte-Anne, ma petite fille était « sur le lit, elle me touchait la tête ; je me mets à la châtouiller, je voulais qu'elle s'aperçoive que je n'étais pas malade, et « elle a compris : « Il n'est pas malade, papa, il me châtouille ! »

La cause de cette simulation est assez obscure.

1° Une première hypothèse vient à l'esprit, en écoutant certaines déclarations du malade et de sa femme : B. voulait obtenir une pension de guerre pour sa maladie.

Celle-ci aurait en effet débuté, à la suite d'une commotion par déflagration d'obus. Mais les conditions de l'accident et la manière dont B. le raconte sont plus que suspectes.

Tout d'abord, B., qui déclare être resté plusieurs heures sans connaissance, n'a reçu, par la suite, aucun soin, et n'a même pas été l'objet d'aucun examen médical. Mais, après cette commotion, B. dit qu'il se perdait dans les tranchées, qu'il restait absent des heures entières sans être capable ensuite de justifier son absence.

« Ce que je dis ici, on peut questionner ma femme et ma « sœur. C'est pas d'aujourd'hui qu'elles le savent. »

« Quand je suis revenu à moi, j'étais dingue. L'année sui- « vante, j'avais mal à la tête, de la fièvre et je faisais des conne- « ries... tout le monde le savait que j'étais dingue... »

De son côté, la femme du malade déclare qu'après la guerre, son caractère a changé. Il était gai, il est devenu triste, bizarre et taciturne. Il a eu fréquemment des absences brusques pendant lesquelles il demeurait plusieurs minutes muet et immobile ; lui-même ne s'apercevait de rien.

En mai 1933, les déclarations du sujet sur ce point apparaissent comme nettement tendancieuses. Il déclare que, à cause de sa commotion, il a manqué sa situation :

« J'avais, nous a-t-il dit, une belle situation en Bretagne, et « s'il n'y avait pas eu la guerre, Paris ne m'aurait pas vu. »

« Quelle situation ? » lui demandons-nous.

« Une ferme, avec une femme dedans, qui me faisait des « avances. Moi, étant commotionné, je ne pouvais pas accepter « ça, et j'ai épousé une pauvre femme... C'est pourquoi je suis « venu à Paris, pour avoir une place dans une administration, « et que, si je tombais malade, je leur aurais dit : « J'ai été « commotionné ! »

Et il explique son état par l'image suivante :

« Vous avez un bras qui a été blessé, eh bien ! fatiguez-le un « peu, et vous verrez. Eh bien ! un cerveau, c'est la même « chose. »

C'est dans cette hypothèse de simulation intentionnelle que le Dr Crouzon feignit de faire passer B. devant une commission de réforme et de lui accorder 100 %. Bien que cette épreuve n'ait pas été suivie d'un résultat immédiat, la chose, comme on dit, n'était pas tombée dans l'oreille d'un sourd, et B. croyait fort bien, par la suite, tenir sa pension.

2° Toutefois, malgré la grande force probante de cette supposition, on ne peut l'admettre sans réserve. Tout d'abord, B. n'est pas un simple simulateur. Car, avant de simuler, il était en proie à un délire très actif, et on ne peut méconnaître les relations intimes qu'il y a entre son délire et les troubles qu'il a simulés. Une preuve supplémentaire en est fournie par l'évolution actuelle de la maladie.

Après ses « aveux », B., qui a pu travailler quelque temps à ses *Mémoires*, est peu à peu retombé dans un état d'inertie profonde mais différent de celui où il se trouvait antérieurement.

Il marche seul, de long en large. Il se guide sans hésitation et il évite les obstacles.

Mais, à part cela, et ses besoins journaliers, il ne fait rien spontanément.

Il ne fait sa toilette que si on l'y pousse. De même, il faut l'installer à la table et lui mettre la fourchette dans la main pour qu'il mange.

Il parle très peu. A la visite du médecin, fréquemment, il s'approche et demande d'un ton très rapide : « Vous pensez à ma sortie ? », ne s'inquiète guère de la réponse, et retombe à son silence.

Le questionner est difficile. Quand on l'aborde, il semble ne pas vous voir, et il ne remarque la présence de l'interlocuteur que si celui-ci le secoue ou l'interpelle fortement. Il n'entend pas du tout de l'oreille gauche, et mal de l'oreille droite.

Aux questions posées à voix forte, il répond avec une certaine exaltation. Ses propos sont souvent imagés, ils dévient volontiers vers des anecdotes sans rapport avec la question.

Il est actuellement impossible de lui faire reconnaître qu'il a simulé surdité et cécité. Il soutient énergiquement qu'il n'a jamais dit cela, qu'il ne comprend pas à quoi on fait allusion.

Sourd, il l'est réellement, selon lui, et depuis longtemps.

Aveugle, il ne *l'a jamais été.* Il prétend qu'il avait dans les yeux, jour et nuit, des douleurs atroces, et que ses yeux coulaient. Déclare qu'actuellement, il y voit très bien. Quand on lui objecte qu'il ne nous voit pas quand nous passons auprès de lui, il déclare qu'il ne comprend pas ce que nous voulons dire.

Au sujet de la pension, on ne peut tirer de lui aucune explication.

Au sujet des persécutions qu'il a subies, il tend maintenant à innocenter complètement sa femme. « C'est une pauvre victime... elle a été manœuvrée. » Impossible d'en tirer aucun renseignements précis sur ses persécuteurs, leur qualité, leur nombre, leurs buts. Par contre, il nous donne des détails nouveaux : « Je suis accusé de quelque chose de faux... » « ...On prétend « que je suis un homosexuel, que j'ai enculé des hommes. »

C'est très imprécis. C'est une rumeur qui a circulé jadis. Il l'a su par des amis. « Quand ils ont eu tout le complet, ils m'ont mis au courant. »

Prétend qu'avec cette affaire on lui a causé toutes sortes de préjudices.

Ces accusations se produisent-elles encore ? On ne peut obtenir de réponse sur ce point.

Hallucinations ? Impossible de savoir.

Le fait que cette idée de persécution ne figure en aucun point du dossier, indique peut-être que le délire continue de se développer silencieusement.

3° Nous sommes donc en présence d'un cas de *sursimulation.* Et, à côté de la première hypothèse que nous avons soulevée, relative à la pension, s'en glisse une seconde, résultant des déclarations du sujet, qui prétend avoir simulé pour « rouler ses persécuteurs ». Qu'on se rappelle ses déclarations :

« Je vas faire venir ce quelque chose. »

« Cette fois-ci, je vas pas résister, je vas devenir « double malade. »

« C'est alors que je me suis mis à faire le sourd. »

Il est d'ailleurs très difficile de préciser l'étendue exacte de cette sursimulation, et son vrai mécanisme.

Au premier abord, il paraît tout naturel de ranger sous l'étiquette de troubles simulés, les manifestations atypiques qu'a présentées B. à partir de 1928, et qui ont brusquement cédé à l'inhalation de quelques vapeurs d'éther. De ce nombre : la catalepsie, l'inertie, la cécité, la surdité, l'anesthésie cutanée. Mais le problème n'est pas si simple qu'il le paraît. Quand B. a déclaré qu'il avait simulé, il n'a pas précisé exactement la période pendant laquelle il l'avait fait. Bien plus, il est possible que la simulation se soit ajoutée à une réelle inertie psycho-motrice. Car, dans le moment même où B. avouait avoir simulé, il déclarait :

« Au début, à la Salpêtrière, j'étais malade, aussi je ne me « souviens plus, j'étais sous l'influence des drogues. »

« En 1929, deux matinées, à quinze jours d'intervalle, pris « d'étourdissement, obligé de rester au lit. Je ne voyais pas clair. « Après un moment, je sentais que je devenais malade de jour « en jour. Quand je suis venu à moi, j'étais à la Salpêtrière, salle « Voisin, dans une chambre seule. »

Ses déclarations sur ce point ne varient guère, presque deux ans après, en mai 1933, il nous dit, parlant de son séjour à la Salpêtrière :

« Je suis poussé là comme si je venais au monde. Depuis « combien d'années, je ne sais pas. »

Il est donc fort possible que l'inertie psycho-motrice de B. ait été réelle, conséquence directe des troubles mentaux antérieurs, et que la simulation s'y soit ajoutée par la suite, en compliquant le tableau clinique de la manière qu'on a vue. Par quel méca-

nisme, toute la question est là ? B., en simulant, a-t-il agi de propos délibéré, avec une intention précise, ou bien a-t-il obéi à une force étrangère à sa volonté ? Dans le premier cas seul, il s'agirait de *sursimulation* vraie. Dans le second, plusieurs hypothèses pourraient être soulevées : on pourrait invoquer, par exemple, un sentiment d'influence, ou une hallucination plus ou moins impérative. Une phrase très mystérieuse des mémoires rédigés par B. donnerait un corps à cette dernière supposition : « On me dit : si tu détériorais ton oreille, *ils* te laisseraient tranquille. » Et, peu de temps après, il décide de « faire le sourd ».

Le cas de ce malade pose, on le voit, un problème dont la solution ne peut être donnée en une formule simple. D'une part, un examen attentif des faits empêche de tenir B. pour un simulateur. D'autre part, l'étrangeté de certaines de ses manifestations pathologiques, l'aveu que, sous l'action de la peur, il a fait de sa supercherie, ne permettent pas d'expliquer le tableau clinique observé par une association atypique, ou par une allure inusitée de troubles mentaux connus.

Nous inclinons à croire que B., atteint d'un délire très ancien, et qui, chaque jour, s'enrichissait d'éléments nouveaux, n'a pu simuler aussi bien — selon le mot de Lasègue — que ce qu'il avait déjà. Et nous pensons qu'une sursimulation plus ou moins consciente est à l'origine des troubles singuliers qu'il a présentés.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 27 Novembre 1933

Présidence : M. Georges DUMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 23 octobre 1933 est adopté.

En raison des Obsèques Nationales du Professeur Roux, la séance supplémentaire que la Société devait tenir le 9 novembre n'a pas eu lieu.

Correspondance

M. René Charpentier, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Gonzalo Bosch, de Buenos-Aires, *membre associé étranger,* adressant à la Société un exemplaire des Rapports médico-administratifs de l'Hospicio de Las Mercedes pour l'année 1932.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. FRIBOURG-BLANC, au nom d'une Commission composée de MM. LAGRIFFE, MARCHAND et FRIBOURG-BLANC, sur les titres de M. le Médecin-Colonel POTET, Directeur adjoint du Service de santé des Troupes du Maroc, à Rabat, il est procédé au vote :

Nombre de votants 20
Majorité absolue 11

A obtenu :

M. le Dr POTET 20 voix.

M. le Dr POTET est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Election de 2 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. Paul COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, J. LÉPINE et P. COURBON, sur les titres de M. le Dr Démètre KOURÉTAS, d'Athènes, il est procédé au vote :

Nombre de votants 21
Majorité absolue 11

A obtenu :

M. le Dr D. KOURÉTAS 21 voix.

M. le Dr D. KOURÉTAS est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

Après lecture d'un rapport de M. René CHARPENTIER, au nom d'une Commission composée de MM. Pierre JANET, CAPGRAS et René CHARPENTIER, sur les titres de M. le Dr James Vance MAY, de Boston, il est procédé au vote :

Nombre de votants 21
Majorité absolue 11

A obtenu :

M. le Dr James V. MAY 21 voix.

M. le Dr James V. MAY est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Psychose colibacillaire à forme onirique puis maniaque au cours d'une pyélonéphrite post puerpérale tardive. *Reproduction expérimentale dans la série animale de sommeil pathologique et d'hyperkinésies par la toxine colibacillaire provenant des urines de la malade*, par MM. H. Baruk et E. Trubert.

On ne saurait trop insister sur l'importance de rechercher, au cours des diverses psychoses, les causes toxi-infectieuses. Parmi celles-ci, l'un de nous a souligné l'intérêt de la colibacillose, et montré l'existence de véritables psychoses colibacillaires (1). Il a inspiré sur ce sujet la thèse de Forestier (2).

L'observation que nous rapportons ci-dessous constitue un nouveau cas de psychose colibacillaire intéressant à de multiples points de vue : il s'agit, en effet, d'un accès onirique post-puerpéral, mais survenu seulement cinq mois après l'accouchement. Le début brusque des troubles mentaux au cours d'une pyélonéphrite aiguë, leur intrication avec la toxi-infection colibacillaire, leur évolution sous forme d'abord onirique et ensuite maniaque, enfin la guérison de la psychose, constituent autant de problèmes où les données bactériologiques, biologiques et psychologiques sont étroitement combinées.

D'autre part, l'un de nous a pu reproduire, chez une série d'animaux, à partir de la toxine neurotrope sécrétée par la culture de colibacilles provenant des urines de cette malade, des troubles nerveux impressionnants au cours desquels on a pu voir se succéder également un stade de sommeil pathologique et des accès d'agitation violente.

Voici, tout d'abord, notre observation :

Mme B., 29 ans. Aucun antécédent personnel d'ordre psychopathique n'est à retenir jusqu'à l'histoire actuelle.

Trois grossesses menées à terme. Durant la dernière grossesse, la malade ressent quelques douleurs dans la région hépato-vésiculaire et au carrefour iléo-cæcal. Pas d'albuminurie. Pas de pyélonéphrite

(1) H. Baruk. — Les psychoses colibacillaires. Etude clinique et pathogénique. Quelques essais thérapeutiques par la sérothérapie spécifique. *Rapport au Premier Congrès français de Thérapeutique*, Paris, 1933.

(2) Forestier. — Les psychoses colibacillaires. *Thèse Paris*, 1933. Le François éd.

reconnue. L'accouchement a lieu en juin 1932 sans incident. L'allaitement se poursuit normalement.

En décembre 1932 (donc cinq mois après l'accouchement), survient une poussée brusque de pyélonéphrite (température à 40°, douleurs lombaires, pyurie). Du 18 au 22 décembre, la température se maintient entre 37°5 et 40° sans aucun trouble mental. Le 23 décembre, la température descend à 38°5, mais en même temps la malade devient *confuse* et *agitée*. Brusquement, elle se jette par la fenêtre et tombe sur des fils électrifiés. Elle reste suspendue sur les fils pendant 10 minutes. On l'enlève à grand'peine. On note alors une brûlure grave du dos (plaie transversale profonde à l'endroit où elle a été en contact avec les fils électrifiés). En outre, la malade présente un état d'agitation très intense qui s'aggrave les jours suivants en même temps que l'état général s'altère. C'est dans ces conditions qu'elle doit être hospitalisée en maison de santé le 6 janvier 1933.

A son entrée, agitation violente, état général grave, langue sèche, température entre 38° et 38°5. Verbigération incessante et sorte de conversation intérieure, comme le montrent les notes suivantes prises le 9 janvier.

La malade parle sans arrêt, semblant absente de tout ce qui l'entoure. Il est impossible de fixer son attention, fausses reconnaissances : « Dépêche-toi, Alphonse... Bonjour M. J. (croit reconnaître un médecin qu'elle a connu auparavant), vous avez des lunettes d'or... » Puis, ajoute, en faisant de sa main droite des mouvements rythmés : « Ah ! tu devrais bien comprendre M. Alphonse, la première femme, je ne suis pas folle, mais j'ai bien compris qu'il était impossible qu'un corbeau... Il n'y a pas d'oranges en France... Pas trop loin, arrête-toi (elle crie), je m'arrête moi-même. Tes sœurs, tes sœurs... Jusqu'à ta mère qui était jeune, zibelines comme la maison Révillon... »

Poursuit, en scandant chaque syllabe :

« *deux zi be li nes,*
« *d'A len çon,*
« *de chez Georges.* »,

rythme ces syllabes avec des mouvements de la main.

Continue toujours en scandant chaque syllabe :

« *un pe tit peu de pi tié pour les mes sieurs,*
« *Al phon se au pa ra dis.*

« Elle se remettra vite, elle aura le plus beau brillant. Je bats la toquante. Je ne suis pas folle, je bats la breloque. » Me voyant écrire, elle ajoute : « *C'est pour per mettre* à J. (le médecin déjà cité) d'écrire sa thèse..., pas trop vite..., à ce moment-là, je te permettrai de te multiplier (fait alors de grands gestes comme si elle lançait quelque chose), les lunettes d'or et sa femme la plus belle, mais la plus méchante du Paradis. La meilleure, la meilleure, mais regardez les *en fants* du roi *d'An gle terre.* La reine *sa fem me Mada me Quintin.* »

Faciès vultueux, agitation motrice surtout de la main droite.

La malade est soumise à un traitement hygiénique minutieux et traitée par la pyoformine.

Les jours suivants, même état, même difficulté de fixer l'attention. Cependant, on parvient, par instants, à obtenir une réponse : dit son âge, son domicile, le mois exact. Nous lui demandons l'année. Répond 1930 invariablement, semble répondre n'importe quoi.

Température, 38°. Langue saburrale. La brûlure s'améliore progressivement. Notons, en passant, que les plaies dues à la chute sur les fils sont guéries sans suppuration.

15 janvier 1933. Aspect maniaque caractéristique. Se cache sous ses draps en riant et en disant : « Vous ne me verrez pas, mon mari est là dans la chambre. »

D. — Comment cela va-t-il ?

R. — Très bien, je vous dis Cambridge, yes, non. Compliments, Alphonse, t'es très calé, tu connais l'Autriche, je te paie le voyage à la bourse de ton père, à ses frais, à condition que ma belle-mère ne te rencontre pas. Si tu la rencontre, bouffe-là comme une arête... Il y en a qui disent que l'homme descend du singe.

D. — Comment est-ce que je m'appelle ?

R. — Jules Lecomte, t'es en train de faire des comptes (nous voyant écrire).

L'examen cyto-bactériologique des urines, fait par le Dr Delavenne montre les résultats suivants :

Ex. chimique : 0,80 cq. d'albuminurie.

Ex. cytol. : *nombreux leucocytes en amas,* nombreuses hématies, quelques cellules vésicales et rénales isolées.

Ex. bactériologique : présence de *colibacilles* caractérisés par les cultures et les diverses réactions.

Tension artérielle normale. Urée : 0 gr. 28.

La malade s'améliore peu à peu, à la fois, au point de vue physique et mental. A partir du 15 janvier, on fait un traitement par autovaccin. A la fin de janvier, l'état maniaque s'atténue, on peut fixer l'attention, la malade fait la critique de son état antérieur. L'état général s'est considérablement relevé, et l'examen physique est négatif, à l'exception d'un subictère des conjonctives (à noter que la malade avait souffert du foie durant la grossesse).

Peu à peu, l'amélioration s'accentue de plus en plus. Fin janvier, la malade est pratiquement guérie au point de vue mental. La malade rentre chez elle en avril ne présentant plus aucun trouble et la plaie du dos complètement guérie. Depuis lors, son état se maintient parfaitement satisfaisant.

Quant à l'examen des urines, deux examens bactériologiques faits le 23 mars et le 13 avril ont montré l'absence de colibacilles, mais la présence d'entérocoques.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres :

Tout d'abord, il s'agit d'une psychose dont l'étiologie colibacillaire est évidente. Les troubles mentaux ont fait leur apparition, en effet, au cours d'une pyélonéphrite aiguë colibacillaire. Ils ont pris la forme, d'abord d'un brusque accès onirique, au cours duquel la malade s'est jetée par la fenêtre et ensuite d'une phase d'agitation confusionnelle et finalement maniaque.

Les rapports de cette infection colibacillaire et de la puerpéralité méritent d'être discutés : La pyélonéphrite ne s'est déclarée, en effet, que cinq mois après la grossesse. On pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. Toutefois, nous avons vu à plusieurs reprises des colibacilloses, plus ou moins latentes durant la grossesse, donner lieu, dans les premiers mois qui suivent, à des poussées de pyélonéphrite et à des troubles mentaux. La colibacillose doit être, en effet, tout particulièrement recherchée dans les psychoses post-puerpérales tardives.

Nous avons enfin cherché à appuyer les données cliniques précédentes par l'expérimentation.

L'un de nous, grâce au Pr. Vincent, a pu étudier expérimentalement la toxine préparée à partir de la culture de colibacilles isolée des urines de cette malade.

Cette toxine, étudiée d'abord par le Pr. Vincent, se montrait extrêmement virulente (un cc. en injection intra-veineuse tuait un lapin en 1 heure). La culture fut ensuite atténuée par chauffage et c'est de la toxine préparée à partir de la culture atténuée que nous nous sommes servis.

L'injection sous-cutanée de cette dernière toxine, aux doses de 1/2, 1, 2 cc. chez un lot de souris, a déterminé, chez ces animaux, une longue phase de *sommeil pathologique* caractéristique durant plusieurs heures. Au bout de 5 heures, cet état de sommeil a fait place à un stade *cataleptique* typique, les animaux conservant les positions actives. Puis très rapidement, au bout de 5 à 10 minutes, la catalepsie fit place à des hyperkinésies effroyables (bonds, sauts, impulsions violentes contre les parois du cristallisoire) puis à la mort.

Des manifestations de sommeil pathologique caractéristique ont été déterminées par l'injection sous-cutanée de cette même toxine à des chats (5 cc.), des cobayes (2 cc.), et un pigeon.

Des expériences de contrôles ont été faites à l'aide d'une toxine inactive et aussi de bouillon peptoné. Ce dernier détermine bien, chez des animaux comme la souris, un choc pepto-

nique avec engourdissement, mais ce choc est de courte durée et l'animal se remet complètement au bout d'un quart d'heure à une demi-heure. Au contraire, chez les souris intoxiquées par la toxine active, les troubles s'accentuaient de plus en plus dans les heures qui suivent et ont fini, d'ailleurs, par aboutir à la mort.

Il est donc particulièrement intéressant de rapprocher les deux stades onirique et maniaque observés chez cette malade des stades somnolents et hyperkinétiques réalisés expérimentalement chez les animaux par la toxine neurotrope des colibacilles extraits de l'urine de la malade.

On voit ainsi tout l'intérêt psychiatrique de l'étude expérimentale de la toxine colibacillaire neurotrope, toxine découverte par le Pr. Vincent. Dans une publication suivante, l'un de nous insistera spécialement sur cette question expérimentale.

Catatonie grave colibacillaire. Délire onirique intriqué avec la catatonie. Guérison clinique après sérothérapie, par MM. H. Baruk et Devaux.

Parmi les diverses causes toxiques ou toxi-infectieuses susceptibles d'entrer en jeu dans l'étiologie de la catatonie, l'infection colibacillaire mérite d'attirer tout spécialement l'attention. L'observation suivante présente, à ce sujet, un intérêt tout particulier à un triple point de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique.

1° Au point de vue étiologique, il s'agit d'un cas de catatonie grave dont l'origine colibacillaire est évidente. Chez cette malade, en effet, les troubles psychiques et psychomoteurs ont représenté le terme d'une longue histoire de troubles nerveux liés à une infection colibacillaire évoluant probablement depuis environ 35 ans.

2° Au point de vue pathogénique, le mécanisme par lequel la toxi-infection colibacillaire a perturbé le fonctionnement cérébral et psychologique, a pu être élucidé d'une façon très précise, et de tels faits nous apportent, sur la pathogénie de la catatonie, des données nouvelles et précieuses.

3° Enfin, une thérapeutique étiologique spécifique a pu être appliquée chez cette malade, et a été suivie de la guérison impressionnante de l'accès catatonique.

Voici, tout d'abord, notre observation :

Histoire de la maladie. — Mme X., actuellement âgée de 55 ans, a des antécédents héréditaires et personnels assez chargés.

A 18 ans, fièvre typhoïde grave.

Mariée à 19 ans 1/2, elle présente alors de la nervosité, de l'irritabilité. Très intelligente, mais susceptible et sensible, elle se met en défiance facilement.

En 1898, à 20 ans, première grossesse. Au bout de six mois, une appendicite survient, avec abcès, entraînant une fausse-couche.

En 1899, elle souffre de douleurs lombaires avec température (38°-38°7), ces douleurs persistent trois mois, puis s'amendent progressivement.

En 1900, à 22 ans, au mois de juin, ablation d'un kyste de l'ovaire.

En 1901, deuxième grossesse, mais l'accouchement à terme est difficile, l'enfant meurt.

En 1902, une nouvelle grossesse. Curettage à la suite d'une fausse-couche de quelques mois.

Depuis, la malade se plaint de malaises, de fatigue. Elle a des moments d'abattement, avec sensation d'évanouissements. Elle reste immobile, fermant les yeux, ne parlant plus, semblant avoir perdu connaissance. Après quelques minutes, elle sortait de cet état extrêmement fatiguée. Ces « évanouissements » (1) surviennent irrégulièrement, restant parfois six mois sans se manifester. Ils succèdent toujours, soit à de la fatigue, soit à des émotions faciles à être provoquées chez un sujet dont l'émotivité est de plus en plus exagérée.

En 1905, la malade peut avoir une grossesse normale ; elle accouche d'une fille.

En 1907, une crise hépatique violente apparaît, se répétant en 1908 et en 1910, accompagnées de phénomènes nerveux très marqués.

En 1912, à 34 ans, on pratique l'ablation de la vésicule biliaire contenant 12 calculs.

Depuis lors, le tube digestif est défectueux : état saburral, diarrhée constante exagérée par l'emploi de laxatifs, céphalée.

Les « évanouissements » diminuent de fréquence.

Pendant la guerre, cette femme est assez bien portante ; cependant, elle reste très fatiguée.

Après la guerre, elle présente encore des moments d'asthénie ; les « évanouissements » sont très rares.

En 1920, à 42 ans, apparaît, avec une éruption cutanée acnéiforme, un état de « somnolence lourde » selon l'expression du mari, puis de la difficulté de la parole. Des troubles auditifs viennent s'adjoindre consistant en illusions auditives, en « vertiges de tête », dit la

(1) Ces « évanouissements » étaient en réalité très probablement des ébauches de crises de sommeil cataleptique.

malade. Elle se plaint aussi de la vue. Sa faiblesse est extrême, elle a de la peine à soulever un verre. La durée de ces accidents divers a été de deux mois ; en outre, elle présente des « crises de nerfs » : brusquement, à la suite d'un mot, d'une simple contradiction, elle a des crises de larmes, de la contraction de la face, et pousse des cris.

Depuis, l'aggravation a été progressive. En 1921, elle est examinée par M. le Docteur Jean-Charles Roux, qui trouve dans les urines des colibacilles. De multiples examens pratiqués montrent la même abondance de colibacilles, identifiés après cultures. On essaie un bactériophage qui paraît amener une amélioration de ce côté.

Cependant, l'irritabilité est croissante. Chaque période d'irritabilité à laquelle s'ajoutent des troubles mentaux, semble rigoureusement parallèle aux poussées colibacillaires. Le mari de la malade prétend que cette concordance de colibacillose et de troubles mentaux est frappante.

L'état intestinal est aussi très troublé et présente des exacerbations parallèles aux phénomènes psychiques.

En 1927, à 49 ans, la malade se plaint toujours de fatigue. Ses urines sont très troubles, et l'on constate de l'anorexie.

Surviennent encore des difficultés de la parole et des troubles de la vue, l'irritabilité ne diminue pas.

L'aggravation augmente, et apparaît de la « torpeur lourde » dont la malade sort comme d'un cauchemar.

Un jour, la torpeur fait place à de la confusion, à du délire. En 1/4 d'heure, la torpeur disparaît », dit le mari, et des propos délirants font leur apparition : « Il se passe des choses effroyables, on a voulu m'empoisonner. Vous ne savez pas ce que j'ai vu, on m'a trompée, on a voulu me faire croire, etc... » Les troubles de la vue persistent.

En même temps apparaissent des illusions : un feu de cheminée est allumé pour incendier son lit. La malade parle de sonneries autour d'elle. Elle manifeste de l'agressivité vis-à-vis de son entourage qui pour elle représente des bourreaux.

Déjà, au printemps précédent, le mari avait constaté une période anxieuse avec idées de suicide. Soignée dans une maison de santé où un examen psychanalytique est pratiqué, la malade reste pleine de craintes et d'obsessions.

Les vertiges persistent avec obnubilation visuelle. Les Docteurs Mauté et Logre consultés, conseillent un vaccin anticolibacillaire, puis un auto-vaccin. Le sérum de Vincent est essayé ; on pratique quelques injections sous-cutanées, sans faire d'applications au foyer. La patiente présente alors une amélioration légère, mais reste toujours très fatiguée ; les colibacilles ne disparaissent pas des urines.

Depuis 1927, tous ces troubles persistent.

En 1930, le professeur J.-L. Faure fait une hystérectomie totale pour métrorragies suspectes.

Après cette opération, la malade transitoirement a des phobies, de la difficulté à parler, des bredouillements.

Enfin, en août dernier, on constate une crise hépatique, puis un syndrome d'apparence typhique avec poussée de pyélonéphrite aiguë, durant huit jours.

L'asthénie persiste, la torpeur, la difficulté de la parole, l'irritabilité s'accentuent. Il y a, selon l'expression du mari, « de l'agacement, de la prévention ».

Début de septembre : frissons vespéraux, puis 39°5-40°. La fièvre continue les jours suivants, on parle de grippe, de paratyphoïde, puis d'infection colibacillaire. *L'hémoculture est alors positive au coli.* Baisse de la température, retour à la normale le 14 septembre, avec persistance des troubles intestinaux et digestifs.

Vers le 11 octobre, la malade est de plus en plus fatiguée, la parole devient très embarrassée avec de la somnolence, de la torpeur, des troubles de la mémoire, des périodes d'obnubilation durant lesquelles la malade aurait prononcé des paroles dont elle n'a gardé aucun souvenir.

On la traite par le coli-soude, et régime liquide ; la torpeur persiste, la faiblesse s'accentue, la parole devient incompréhensible.

On emploie alors la coramine, et on continue le coli-soude sans obtenir de modification.

Prodrômes et début de l'accès catatonique. — Il nous a paru intéressant de confronter, date par date, d'une part, l'aspect extérieur de la malade, d'autre part, ses souvenirs précis de chaque épisode. C'est pourquoi nous avons, dans la mesure du possible, placé ces données objectives et subjectives dans les deux colonnes suivantes.

Dans la nuit du 22 au 23, commence l'agitation avec troubles de la vue, hallucinations de l'ouïe, et idées de persécution à l'égard de sa garde.

Données subjectives rapportées par la malade après guérison	*Données objectives*
Le cauchemar commence ; période de cauchemars sans grande suite.	A la fin de la journée du 23, aspect de demi-sommeil, réveils difficiles et agités. Les jours suivants, agitation, avec propos incohérents, pleurs, idées de mort. On abandonne le traitement au coli-soude, et on fait usage du sérum anticolibacillaire de Vincent en lavement et par la bouche quelques vomissements.
Cauchemars sans mémoire du réel, « ai trahi le cauchemar	Les jours suivants, alternatives de somnolence et de verbigération

la nuit, mais il reste présent ».

Aucun souvenir de cet examen et des différents médecins qui l'ont examinée.

Souvenir confus du lavage.

Les terribles cauchemars continuent.

Les cauchemars se déroulent toujours.

Les cauchemars continuent toujours.

Cauchemar.

Se rappelle qu'elle avait l'impression que tout le monde autour d'elle avait été tué. Cauchemars mélangés avec la réalité.

(peu cohérente), dans laquelle revient l'idée de mort, de testament. La malade paraît avoir rêvé d'une menace concernant ses enfants.

Le 1er novembre, idées de suicide. A la suite d'un nouvel examen de plusieurs médecins, on continue les lavements de sérum, sans résultat.

Le 2 novembre, cathétérisme urétral, lavage du bassinet et drainage. On laisse les sondes à demeure. L'état général devient de plus en plus mauvais, faciès altéré, l'agitation s'accentue.

L'examen de l'urine retirée par les sondes urétrales, montre des amas énormes de colibacilles.

Continuation de la torpeur avec frissons. Parle à peine.

Une nouvelle hémoculture est, cette fois, négative. Devant l'échec de tous les traitements appliqués (colitique, coli-soude, sérum de Vincent en lavements et en ingestion, lavage du bassinet), on fait préparer un bactériophage. Les troubles psychiques sont toujours en accentuation.

Le 5 novembre, injection de bactériophage. L'agitation, la confusion ne cessent pas, avec des alternatives de torpeur. On continue tous les jours les injections hypodermiques et intra-vésicales de bactériophage.

Le 11 novembre on commence des injections d'un vaccin préparé à l'Institut Pasteur. Réaction d'agitation, et peut-être hallucinations de l'ouïe et de la vue ; transpirations.

On espace ensuite le vaccin en raison de l'agitation. La malade commence à dire que « tout le monde est tué, elle doit se tuer ». Refus d'aliments (sédol, chloral).

A gardé le souvenir suivant de cette période : vivait un cauchemar, dans lequel elle se croyait transportée en avion en Russie ; prenait sa chambre pour une cabine d'avion, croyait que son mari, ses proches avaient été tués par suite d'une indiscrétion qu'elle avait faite. Elle les voyait, mais ce n'était plus eux vivants. Ce n'était que des « baudruches ». Elle-même devait mourir pour expier sa faute. Elle devait se tenir immobile pour éviter le moindre geste compromettant.

Le 18 novembre, vers 19 heures, la malade tombe dans « une apparence de sommeil léthargique. », avec rigidité absolue des membres, la tête couchée sur le côté, les mains crispées l'une sur l'autre ; quand on lui touche les bras ou les mains, on éprouve une impression de résistance.

L'aspect de la malade est fatigué, elle est couchée au lit, le regard vague.

Elle refuse d'abord de répondre. Elle a des idées de négation : elle n'existe plus, elle ne sait même pas où elle est. Le Docteur qui est en face d'elle n'est pas le docteur, son mari n'est plus lui-même. La chambre est truquée, les personnages qui sont autour d'elle sont des « baudruches ».

Elle a des hallucinations, elle entend des bruits, tout d'un coup, elle s'arrête et dit : « Vous voyez, vous venez d'entendre ? » Elle a entendu, dit-elle, un bruit de chute, comme des morceaux de bois qui tombent.

La malade a des hallucinations psychiques probables avec syndrome d'influence : on lui commande de fermer les yeux, elle ouvre les yeux et dit : « Oh ! je fais quelque chose de défendu. » Elle ressent l'écho de ses actes, elle entend répéter ce qu'elle fait, elle n'y comprend plus rien. Tout est brouillé. Elle doit, dit-elle, probablement purger une peine. Elle se fatigue vite, elle s'interrompt dans la conversation, et, par moments, elle paraît absente.

On constate, en outre, une raideur active très intense, un véritable état de négativisme, ses doigts sont serrés dans la paume de la main. Si on veut l'étendre,

Le départ à la clinique fut effroyable. « Tout le temps, j'entends les gens de ma famile appelés, jugés, et tués. Ils étaient cachés dans des armoires, ils avaient dû mettre leur argent à l'étranger. On entendait le couperet, et des récriminations parce qu'on ne m'appelait pas, moi, qui avais trahi ce monde-là. » Elle avait trahi en donnant le nom de l'avion qui réussissait à faire des courses au-dessus de la Russie. C'est pourquoi elle demandait tout le temps à ce qu'on la juge, à ce qu'elle expie. « J'ai souvenir de mon mari qui avait échappé, et qui venait chez moi avec un faux nom. Le Docteur L. était une baudruche parce qu'il avait été tué dans la première histoire où il avait trahi. J'apprends enfin qu'on obtiendrait que des quatre coins de ma chambre on tire une salve sur moi, promettant de ne pas bouger de mon lit. J'attendais donc dans mon lit me disant : « Enfin, ça va être fini. »

elle fait un effort de flexion énorme. Elle présente une occlusion énergique de la bouche.

Depuis deux jours, elle refuse l'alimentation d'une façon absolue. L'haleine est mauvaise, l'état général est précaire ; constipation opiniâtre.

Le dernier examen d'urine pratiqué en août dernier, montrait des urines opalescentes, il n'y avait pas de pus, mais elles étaient bourrées de colibacilles.

Il s'agit, en résumé, d'une malade ayant un long passé de troubles intestinaux et hépatiques, une pyélonéphrite ancienne ayant évolué au point de vue psychique vers un état catatonique.

Le 22 novembre, elle doit être transportée à l'hôpital. Sans difficultés, elle se laisse conduire, paraissant calme.

« A ce moment, la vieille Anglaise de ma fille allume la lampe. Alors je me dis : « On ne tire pas puisque les feux sont allumés. » Puis, on me fait une piqûre de pantopon, je me suis dit : « Alors c'est remis à demain. », j'ai recommencé à m'agiter. L'Anglaise a dit : « Dites donc vos prières au lieu de tant parler. » Alors, je les « engueule », je leur ai dit : « Vous m'avez fait tout rater, c'est la honte des hontes parce que j'ai fait tuer tout le monde, et je suis encore là. Alors, la porte s'ouvre, il entre chez moi un homme, et il me dit : « Madame, nous venons vous chercher. » On me met une robe de chambre, je demande si la prison est loin. Pour moi, on m'emmenait dans une prison, parce que trop malade pour marcher.

« A ce moment, j'éprouve un soulagement physique, peut-être dû à la piqûre, mais ensuite de ce soulagement, j'ai eu honte pendant des mois de m'être laissée emmener, gardant l'idée qu'on m'empêchait de mourir proprement.

« Jamais je ne pourrai me pardonner d'être montée de mon plein gré dans cette histoire. Je suis tombée dans un traquenard et j'ai encore une fois trahi. De plus en plus, là-bas, ils étaient tous devenus des baudruches, je ne devais pas en parler. A ce moment-là on me trouvait calme. »

Souvenir précis de cette période : elle était toujours dans le cauchemar, croyant être la cause de la mort des siens, être morte elle-même. Elle sentait qu'elle n'était plus rien, d'où le nom de Madame Zéro qu'elle se donnait.

A l'hôpital, l'état catatonique persiste une huitaine de jours, survenant par poussées entrecoupées d'agitation, avec hallucinations terrifiantes, à prédominances visuelles, cherchant sur ses draps des animaux qui couraient. On note également des périodes de somnolence. Refus d'aliments, ver-

« Au moment où on a commencé les injections de sérum de Vincent, j'étais en pleine période de cauchemars visuels. Cauchemars représentés sur mes draps, je voyais ma petite fille brûlée au vitriol, etc...

« Au cours du traitement, très vite j'ai commencé à tout percevoir. Auparavant, c'était le cauchemar, je ne savais pas où j'étais, c'était brouillé, c'était l'histoire de la justice, de la prison ; maintenant, je pouvais m'accrocher, je commençais à savoir ce qui se passait autour de moi, par exemple c'était l'heure de mon bain, de mon déjeuner, etc...

« Bientôt, il y avait des heures où j'étais complètement réveillée, puis à d'autres revenaient encore des cauchemars qui disparurent bientôt.

« Brusquement, un jour, sortant du cauchemar, je me rendis compte que je venais de rêver, et j'en fus très émue. Peu à peu, j'ai commencé à savoir ce qui se passait à l'hôpital, je recommençais à raisonner. Par moments encore, je repensais au passé, me disant : « On est venu me chercher à la maison, çà doit être la police », mais je raisonnais et me disais : « Je ne dois pas me laisser aller. »

« A la suite d'un lavage de vessie, comme il coulait quelques gouttes de sang, j'ai cru encore que c'était un présage, que j'allais être tuée, mais çà n'était plus bigération, disant : « Je n'ai pas de nom, j'ai trahi de tous les côtés, je suis morte, je suis Madame Zéro. »

Le traitement de Vincent est institué le 10 décembre. Injection quotidienne de 40 cm., sous-cutanée, lavages du bassinet, deux avec instillations de nitrate d'argent, la troisième avec du sérum anticolibacillaire de Vincent. Il a été injecté en tout 1.030 cm^3 de sérum.

Deux fois, au cours des lavages du bassinet avec le sérum de Vincent, on a noté une élévation de température ; la première fois à 40°8, et la seconde fois à 39°2.

Après 8 à 10 jours de traitement, amélioration légère des phénomènes hallucinatoires et confusionnels, consistant surtout dans le fait que la patiente reconnaît être malade, elle est orientée, elle lit le journal. L'attention est plus facile à capter, mais le délire persiste. Elle dit toujours être morte, que tout est baudruche autour d'elle. Lors d'une visite de son mari, elle prétend que ce n'est que l'apparence de son mari, parce que ce n'est pas possible qu'il soit encore en vie. Quand elle parle de sa trahison, et qu'on lui demande de préciser qui elle a trahi, elle répond : « Je ne sais pas, mais je vous assure que j'ai dû trahir. » On a l'impression qu'elle lutte pour sortir de son délire, sans pouvoir arriver à s'en débarrasser. C'est pourquoi les personnes qui viennent la voir n'ont pas l'impression des modifications heureuses qui commencent à se produire dans son état. C'est surtout l'observation du comportement qui

qu'un présage, çà n'était plus un cauchemar.

« Bientôt, l'idée de la mort s'éloigna à son tour, puis enfin l'idée du jugement et du tribunal.

montre que l'emprise des idées délirantes est beaucoup moins puissante qu'autrefois. Particulièrement pour les lavages du bassinet, elle se prête à toutes les manœuvres sans aucune difficulté, comprenant parfaitement pourquoi on y a recours, sachant très bien combien de fois on devait employer ce traitement, et contre quoi il se dirige. Au quatrième lavage, elle déclare elle-même que cette méthode doit être terminée.

Ces progrès continuent régulièrement, et les propos où elle dit être la cause de la mort des siens sont émis sur un mode mélancolique, sans symptômes d'anxiété. Peu à peu, la clarté revient dans son esprit. A la troisième visite de son mari, elle montre des réactions affectives tout à fait normales, sautant dans ses bras, pleurant, se déclarant guérie, mais comprenant très bien qu'elle doit rester encore pendant un certain temps à l'hôpital, pour consolider sa guérison.

Elle sort bientôt dans le jardin, puis en ville, se sentant délivrée de l'affreux cauchemar qu'elle vivait depuis si longtemps.

Départ de l'hôpital le 5 février 1933.

Rentrée chez elle, les progrès s'accentuent très rapidement, la patiente reprend toutes ses occupations avec grande facilité, reconnaissant elle-même que depuis 20 à 30 ans elle ne s'est jamais sentie si bien. Elle dit : « Je me sens triomphante. »

A cette période, elle analyse elle-même tout ce qui s'est passé durant sa maladie, et trace le tableau chronologique de ses souvenirs que nous avons reproduit

ci-dessus, en face de l'observation clinique.

A la suite d'un très léger refroidissement ayant provoqué un peu d'infection naso-pharyngée, se sentant un peu fatiguée, elle ressent de la lourdeur de tête, mais l'exament psychiatrique le plus attentif ne permet, à la date du 1er juin, de déceler absolument aucun trouble. Elle fait la critique parfaite de son état pathologique antérieur.

En résumé, il s'agit d'une malade ayant présenté une infection colibacillaire à peu près continue pendant une durée de trente-cinq années. La colibacillose semble s'être installée vers l'âge de 20 ans, à la suite de la première grossesse, et s'est probablement manifestée au début par une appendicite grave, suivie, l'année suivante, d'une pyélonéphrite. Depuis lors, la vie de la malade n'est qu'un long martyre, dans lequel, sur un fonds à peu près permanent de pyélonéphrite colibacillaire entrecoupée de poussées septicémiques, se développent progressivement d'abord une série de troubles nerveux, ensuite une série de troubles mentaux. Les troubles nerveux semblent, au début, d'ordre banal : il s'agit de fatigue, de céphalée, de sensations d'épuisements. Puis, au fur et à mesure des années, apparaissent les vertiges, les étourdissements, puis des accès d'engourdissement passager, des troubles auditifs. Peu à peu, les troubles s'aggravent et entament insensiblement la sphère psychique : c'est d'abord de l'irritabilité, puis des crises de nerfs à caractère névropathique, puis de la torpeur, de la somnolence lourde. Enfin, surviennent de véritables accès confusionnels, puis un syndrome catatonique intense.

On reconnaît là cette progression si fréquente dans l'histoire des psychoses, dans laquelle les *signes psychiques proprement dits sont précédés d'une véritable phase somatique*, phase d'avertissements marquée par des signes multiples d'épuisement nerveux. Cette phase prodromique si importante sur laquelle l'un de nous a insisté avec Laurent (1), reste malheureusement encore trop souvent obscure dans son étiologie. Mais ici, on peut en suivre les moindres détails dans leurs rapports

(1) H. Baruk et Laurent. — La phase somatique prodromique de la démence précoce et des psychoses. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 juillet 1933.

avec la toxi-infection colibacillaire ; *on suit pas à pas les stades successifs d'attaque du système nerveux au fur et à mesure des poussées colibacilluriques, des périodes d'infection intestinale, et même des phases d'invasion sanguine par le colibacille.* On suit également la lutte héroïque d'une malade remarquablement énergique et intelligente contre les assauts d'une toxi-infection rebelle. Malgré des repos répétés, malgré des cures d'altitude, malgré des précautions hygiéniques judicieuses, malgré des conditions psychologiques excellentes, la maladie suit une marche implacable, et le psychisme lui-même, après avoir longtemps résisté, finit par fléchir, au fur et à mesure que l'état général s'altère, et que les signes d'intoxication de tout l'organisme s'accentuent.

L'histoire clinique de cette malade montre donc, semble-t-il, de toute évidence, le rôle étiologique capital de la toxi-infection colibacillaire dans la genèse de l'accès catatonique. Ce rôle étiologique apparaît encore plus net lorsqu'on le rapproche des diverses observations de psychoses colibacillaires sur lesquelles l'un de nous (1) a attiré l'attention, et des cas d'encéphalite colibacillaire à forme schizophrénique rapportés par lui avec le Pr Claude et Forestier (2).

Sans doute, l'analyse de cette observation peut nous montrer d'autres facteurs en cause : c'est ainsi qu'il faut tenir compte évidemment du terrain nerveux constitutionnel, qui nous a été signalé chez cette malade. Il faut mentionner les conditions aggravantes non négligeables représentées par les troubles endocriniens ovariens consécutifs à l'hystérectomie précoce, et par les troubles hépatiques et cholécystiques. Sans négliger ces facteurs adjuvants, la toxi-infection colibacillaire nous semble cependant garder le rôle étiologique fondamental. Cette toxi-infection a pu elle-même être à l'origine des troubles hépatiques, qui ont certainement retenti d'un façon fâcheuse sur le système nerveux.

Pathogénie et mécanisme de l'accès catatonique. — Comment concevoir le mécanisme d'action de la toxi-infection colibacillaire dans la genèse de ce syndrome catatonique ? Ce mécanisme peut être précisé d'une part par l'examen clinique de la malade, et

(1) H. Baruk. — *Les psychoses colibacillaires ; Etude clinique et pathogénique. Quelques essais thérapeutiques par la sérothérapie spécifique ; Rapport au Premier Congrès de Thérapeutique français,* Paris, oct. 1933, p. 185.
L'un de nous (Baruk) a inspiré sur ce sujet la thèse de Forestier.
Les psychoses colibacillaires. *Thèse Paris,* 1933. Le François éd.

(2) Claude, Baruk et Forestier. — Encéphalites colibacillaires à forme schizophrénique. *Ann. médico-psychol.,* déc. 1932.

par les importantes déclarations qu'elle nous a faites après sa guérison, d'autre part par les données bactériologiques et expérimentales que nous possédons sur la colibacillose nerveuse.

A l'examen clinique objectif, l'aspect de cette malade ne se différenciait pas de celui de tous les catatoniques : on notait en particulier un négativisme extrêmement actif, et un mutisme presque continuel. Les réactions, les rares paroles prononcées paraissaient, comme toujours en pareil cas, énigmatiques, et incompréhensibles. Que signifiait notamment ce terme de baudruche qui revenait à plusieurs reprises dans la bouche de la malade ?

Après sa guérison, la malade, qui se rappelle avec précision tout ce qu'elle a éprouvé, durant la catatonie, nous a donné l'explication de cette parole et de ces attitudes en apparence mystérieuses. En réalité, la malade se trouvait plongée dans *un accès d'onirisme :* elle se croyait dans une cabine d'avion, voguant vers le pays des Soviets. Elle pensait qu'au moindre mouvement qu'elle ferait, les siens seraient tués. C'est pourquoi elle crut que son mari, qu'elle reconnaissait auprès d'elle, avait dû être tué, et qu'elle ne voyait plus que sa forme extérieure, c'est-à-dire une baudruche. Les moindres incidents extérieurs étaient l'objet d'illusion analogue ; l'extinction de la lumière, le soir, signifiait l'extinction des feux, avant qu'on tire sur elle ; en un mot, la malade vivait un véritable cauchemar en vertu duquel elle s'immobilisait et se contractait.

Elle présentait, en outre, à ce moment, des idées d'expiation, de mort, et avait l'impression qu'elle avait commis une faute, qu'elle devait réparer par son sacrifice.

Notons qu'un tel état mental est exactement superposable à celui que l'on trouve chez presque tous les catatoniques, état mental qui est formé d'un mélange d'onirisme plus ou moins délirant, et de signes de la série mélancolique avec idées d'expiation, de mortification et de sacrifice imposé. Dans un travail récent, en préparation, l'un de nous (Baruk), après avoir dépouillé un grand nombre d'observations de catatonie, a pu retrouver les mêmes caractéristiques mentales dans la plupart des cas de catatonie qu'il a pu étudier.

Or, ces *manifestations oniriques si étroitement intriquées avec les troubles moteurs portent, en quelque sorte, la signature d'une cause toxique.* Cette cause toxique est représentée ici par la toxi-infection colibacillaire, comme nous le montre, non seulement l'histoire clinique de cette malade, mais encore toute une série de données bactériologiques et expérimentales.

On sait, en effet, grâce aux travaux du Pr. Vincent, que le colibacille sécrète deux toxines, une endotoxine hépatotrope, thermolabile, une exotoxine neurotrope thermostabile. Cette exotoxine neurotrope est susceptible, en injection intra-veineuse, de déterminer, chez le lapin, comme l'a montré le Pr. Vincent (1), la mort après des troubles graves (coma, paralysies, etc.)

Tout récemment, le Pr. Vincent (2), en faisant d'ailleurs allusion notamment à notre observation et à une autre exposée dans la thèse de notre élève Forestier, vient d'émettre l'opinion que certaines psychoses sont liées à l'exotoxine neurotrope colibacillaire qu'il a découverte. L'un de nous a cherché, depuis juin dernier, à confirmer cette hypothèse sur des données expérimentales. Grâce au Pr. Vincent, il a pu expérimenter cette toxine dans certaines conditions d'atténuation, et en employant, au lieu de l'injection intra-veineuse, l'injection sous-cutanée. Il a pu ainsi déterminer, chez toute une série d'animaux (chat, oiseaux, souris, etc.), tantôt un sommeil pathologique caractéristique, tantôt (notamment chez le chat), une catatonie expérimentale caractéristique, catatonie peut-être encore plus riche que la catatonie bulbocapnique, et dans laquelle on peut noter tout spécialement un négativisme accentué et des impulsions stéréotypées extrêmement impressionnantes (3).

Ainsi, les *données cliniques et expérimentales se rejoignent* et l'action à la fois narcoleptique et catatonisante de la toxine colibacillaire neurotrope, dans l'expérimentation physiologique, explique parfaitement l'accès de catatonie avec onirisme, que nous avons observé chez cette malade, au cours d'une colibacillose grave et prolongée.

(1) H. Vincent. — Sur la pathogénie et les conditions d'entretien de la colibacillurie. *Ac. des Sciences,* 1925, p. 407 et 1083. — Sur la pluralité des toxines du B. Coli et sur les bases expérimentales de la sérothérapie anti-colibacillaire. *C.R. Ac. des Sciences,* 1925, p. 1624. — Colibacille et infections colibacillaires. *Cours du collège de France,* 1926. — Sur la sérothérapie anti-colibacillaire. *Ac. de Méd.,* 27 nov. 1928. — L'indice toxique des races du B. Coli. *C.R. Ac. des Sciences,* 5 nov. 1928. — Sur les effets pathogènes exercés chez l'homme et chez l'animal par l'exotoxine neurotrope du B. Coli. *C.R. Ac. des Sciences,* sept. 1929.

(2) H. Vincent. — Rôle de l'intoxication colibacillaire dans l'étiologie de certains troubles mentaux. Leur guérison par le sérum anti-colibacillaire. *C.R. Ac. des Sciences,* 28 août 1933.

(3) H. Baruk. — Catatonie, sommeil pathologique et onirisme par intoxication colibacillaire. Recherches cliniques et expérimentales. *Paris médical,* 7 octobre 1933. — La catatonie expérimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires. Les troubles psycho-moteurs déterminés par la toxine neurotrope colibacillaire dans la série animale et en clinique humaine. *Presse médicale,* 14 octobre 1933.

Données thérapeutiques. — Les faits pathogéniques que nous venons d'exposer donnent des directions thérapeutiques importantes.

Le but principal du traitement doit donc être d'agir sur la cause toxi-infectieuse. C'est pourquoi nous nous sommes adressés à la sérothérapie spécifique, c'est-à-dire au sérum anti-colibacillaire préparé par le Pr. Vincent. A la suite de cette thérapeutique, l'état de la malade s'est complètement transformé en moins de deux mois. Non seulement la disparition des symptômes catatoniques a été totale, mais encore la malade a retrouvé un état mental absolument normal. Elle a pu reprendre son activité, et s'est même sentie débarrassée des malaises nerveux qu'elle éprouvait depuis de longues années.

Notons que ce résultat a été obtenu à la suite de l'emploi de très fortes doses de sérum (1.050 cm. en 25 jours) et par l'administration du sérum sous-cutanée combiné à plusieurs lavages du bassinet, suivant la méthode de traitement des colibacilloses préconisée par Vincent (1).

Notons que, précédemment, la malade avait subi un très grand nombre de traitements dirigés contre la colibacillose (auto-vaccin, coli-soude, bactériophage, même sérum anti-colibacillaire, mais seulement à doses insuffisantes ou en lavements).

Notons, en outre, que, malgré la disparition clinique si complète de tous les troubles nerveux et mentaux (2), le colibacille persiste encore dans les urines de la malade. On sait que le Pr. Vincent a insisté sur l'impossibilité d'obtenir la disparition du colibacille lorsqu'il existe une colibacillose très ancienne avec lésions rénales. C'est probablement le cas ici, dans cette colibacillose si grave qui date de 35 ans ! Mais il estime que, même en pareil cas, la sérothérapie a une action *désintoxicante* susceptible de neutraliser l'action de la toxine colibacillaire.

Quelle que soit l'interprétation que l'on fasse de ces faits, il nous a semblé particulièrement intéressant de rapporter une telle observation, qui constitue un exemple encore à peu près unique d'un cas de catatonie complètement élucidé au point de vue clinique et pathogénique, et dans lequel on ait pu tenter avec succès une thérapeutique étiologique (3).

(1) Voir, pour tous les détails à ce sujet, le rapport de H. VINCENT et JACQUET, *La sérothérapie anti-colibacillaire.* Rapport au Premier Congrès Français de Thérapeutique. Paris, oct. 1933, Doin édit., p. 116.

(2) Au moment où nous corrigeons les épreuves de ce travail, la malade se maintient toujours en excellent état de santé physique et mentale.

(3) Soulignons d'autre part le fait que, durant sa psychose toxique et son onirisme, cette malade était *particulièrement sensible aux influences exté-*

La catatonie colibacillaire expérimentale et clinique. Description générale. Mécanismes pathogéniques. Premiers essais thérapeutiques, par M. H. BARUK.

Résumé. — M. H. Baruk rapporte le détail des expériences qu'il a faites dans la série animale avec la toxine colibacillaire neurotrope. Il rappelle la découverte, par le Pr Vincent des deux toxines du colibacille, la toxine hépatotrope et la toxine neurotrope. Le Pr Vincent a souligné le rôle de cette dernière dans la genèse de multiples troubles nerveux, et insisté sur l'efficacité de la sérothérapie anticolibacillaire.

M. H. Baruk a étudié cette toxine au point de vue de la psychiatrie expérimentale. A cet effet, il a utilisé l'injection sous-cutanée au lieu de l'injection intra-veineuse, et s'est adressé à des animaux très variés en les soumettant à une observation continue. Des expériences de contrôle ont été faites avec du bouillon peptoné et de la toxine inactivée.

Il a pu déterminer ainsi (pour la première fois) (notamment chez le chat, la souris, le cobaye et même le pigeon), tantôt du sommeil pathologique caractéristique, tantôt une catatonie expérimentale impressionnante où dominent le négativisme, les impulsions stéréotypées, les réactions mimiques et émotives et certains troubles végétatifs (polypnée, enophtalmie). L'auteur compare cette catatonie expérimentale à celle de la bulbocapnine. L'étude de la toxine colibacillaire chez les divers vertébrés (poissons, batraciens, etc.), montre que cette toxine a une action essentiellement *somnolente et à affinité psychique,* tandis que la bulbocapnine est plutôt un poison tétanisant. L'auteur rapproche ces faits des données cliniques qu'il a établies concernant la catatonie colibacillaire, dans laquelle domine l'onirisme, intriqué d'ailleurs souvent avec le sommeil pathologique.

Enfin, il a entrepris des essais de thérapeutique avec la sérothérapie chez l'animal, et en clinique humaine.

Cette communication paraît *in-extenso* comme *Mémoire original* en tête du présent numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

rieures et qu'*en particulier ses réactions affectives étaient accrues.* Ces faits nous expliquent les effets heureux parfois de la psychothérapie, mais, loin d'en tirer une conception psychogénique de la maladie, il faut au contraire se rappeler qu'il existe une *psychologie spéciale liée* à l'*intoxication cérébrale,* et qu'en pareil cas perturbations psychologiques et troubles organiques ne s'opposent pas, les premiers étant la conséquence des seconds.

De certains troubles colibacillaires (cystites et phlébites) au cours des accès dépressifs, par MM. M. LEULIER, J. PICARD et B. CASALIS.

Les intéressantes recherches de M. Baruk, qui éclairent, d'un point de vue nouveau, les rapports des colibacilloses et de certains troubles mentaux, nous ont incité à rapporter brièvement trois observations que le hasard nous avait permis de réunir presque simultanément, il y a trois années. Dans la première, il s'agit d'une malade de M. Raymond Mallet. Nous le remercions vivement de nous avoir autorisé à la publier.

Disons immédiatement que la causalité de l'infection dans la génèse des troubles mentaux ne nous apparaît pas, en l'occurrence, constante, et que si, dans un de nos cas, la guérison mentale a coïncidé avec le traitement de la colibacillose, inversement dans d'autres, la colibacillose apparaît plus comme une conséquence des troubles généraux des fonctions organiques que comme une condition de l'apparition de la psychose. Sans nier le rôle éventuel d'une toxine colibacillaire neurotrope dont l'action peut se manifester plus particulièrement dans certaines formes mentales (certaines psychoses aiguës et confusionnelles, certaines psychoses puerpérales, etc.), bien souvent, la colibacillose joue, selon nous, le rôle d'un épiphénomène dont l'action se borne alors à créer un appoint nouveau susceptible d'influer sur l'évolution générale de la maladie.

Quelqu'interprétation que l'on veuille donner aux observations que nous allons produire, leur intérêt réside, à nos yeux, dans leur similitude. Il est assez curieux de constater que trois malades, atteintes d'états dépressifs tardifs, ont présenté les mêmes complications de cystites et phlébites, complications que nous n'avons pu retrouver jusqu'alors comme une notion ayant retenu l'attention des auteurs. Quoi qu'il en soit, voici nos observations:

OBSERVATION I. — Mme M., âgée de 68 ans, entre à la maison de santé, le 8 juillet, pour un état mélancolique. Plusieurs accès antérieurs. Syndrome classique : ralentissement psycho-moteur, prostration, anxiété avec idées opiniâtres d'incurabilité, fortifiées par des incidents pathologiques divers : foyer de congestion pulmonaire, petites poussées fébriles qui alimentent l'inquiétude de la malade. Insomnie très marquée. Inappétence avec dégoût des aliments. Constipation très prononcée.

La persistance de petites poussées fébriles, aux environs de 38°5, malgré la résorption du foyer pulmonaire et, d'autre part, l'émission

d'urines troubles avec douleur à la miction, conduisent à faire un prélèvement aseptique d'urine, par cathétérisme, le 27 juin. L'examen bactériologique montre la présence de très nombreux colibacilles qui servent à préparer un auto-vaccin.

Ce vaccin est administré par voie hypodermique, à doses progressivement croissantes, les urines se clarifient, les mictions sont moins fréquentes et moins douloureuses. Toutefois, au début de septembre, la malade souffre d'une rétention vésicale passagère. L'examen local, pratiqué par un spécialiste, montre une petite tuméfaction attribuée à une uréthrite colibacillaire. Le traitement est continué, et tout rentre rapidement dans l'ordre. A un second examen de laboratoire, pratiqué le 17 septembre dans les mêmes conditions que le premier, on trouve les urines stériles.

Simultanément, l'état mental s'améliore, l'anxiété disparaît. La malade reprend confiance, retrouve l'appétit et le sommeil. Elle sort guérie le 10 octobre.

Observation II. — Mme P., âgée de 66 ans, est à son second accès de mélancolie. Idées de ruine et d'incurabilité, perte de toute activité. Ebauches d'idées de damnation et de culpabilité. Gémissements. Crises d'anxiété nocturne. Insomnie. Sitiophobie. Etat cachectique. Constipation opiniâtre.

Constatation à plusieurs reprises d'urines troubles avec dysurie et pyurie. Apparition à ce moment d'une phlébite de la saphène interne droite, avec élévation de température.

Il n'a pas été pratiqué d'injections d'auto-vaccin, en raison de l'indocilité de la malade et aussi en raison de son très mauvais état général.

En même temps que le traitement local par immobilisation et collargol, la malade a pris *per os* du bactéintestiphage.

Disparition de la pyurie et guérison de la phlébite en quelques semaines.

Pas d'amélioration immédiate ni ultérieure de l'état mental.

Observation III. — Mme L., 73 ans, deuxième crise de mélancolie anxieuse, la précédente dix ans avant. Phlébite antérieure. Etat général excellent.

Quelques semaines après le début de la crise de mélancolie, la malade a de la pollakiurie, se plaint de douleurs à la miction, a des urines troubles purulentes.

Peu de temps après, apparition d'un foyer de périphlébite à la crosse de la saphène droite.

Il ne peut être effectué de prélèvement aseptique des urines. Localement, on applique les pommades résolutives et antiseptiques, en même temps, on donne un traitement d'antisepsie urinaire.

La cystite prend une forme traînante et dure plusieurs mois. La péri-phlébite, parallèlement, passe par les phases successives d'amé-

lioration et de réveil, elle guérit entièrement après la disparition des troubles urinaires.

Par contre, l'état mental reste sans changement, la malade gardant le même degré d'anxiété, avec idées de ruine, d'auto-accusation, d'indignité, de culpabilité et de damnation.

Au moment où ces observations ont été recueillies, le sérum de Vincent n'était pas encore connu. Nous notons cependant que, pour Mme M., l'action de l'auto-vaccin a jugulé l'infection qu'elle présentait, et aussi a coïncidé avec la fin de l'accès dépressif.

Dans les autres, par contre, le succès du traitement n'a pas été suivi d'une amélioration mentale. C'est que, sans doute, la colibacillose n'était que la résultante des troubles des fonctions digestives habituels aux mélancoliques. Nos malades présentent ces altérations de la musculature lisse (ptose viscérale, etc.) qui ne sont pas seulement l'apanage des états d'asthénie. Des spasmes coliques surajoutés entraînent des désordres intestinaux (voir Montassut, Société de psychiatrie, 22 mai 1930). Le transit intestinal est perturbé et l'on connaît la constipation plus ou moins opiniâtre de tels malades, constipation entrecoupée parfois de véritables débâcles. Les recherches biologiques en ce domaine ont surtout retenu la cholécystatonie et l'insuffisance de la fonction biliaire dont l'hypercholestérinémie serait l'expression (Mlle Badonnel, Targowla et Lamache, plus récemment Titzermann). Comme, d'autre part, les fonctions de dépuration et de défense de l'organisme se trouvent extrêmement réduites ou ralenties, il n'est pas étonnant que, dans ces cas, des fermentations intestinales soient le point de départ de petites infections colibacillaires plus ou moins répétées. La constipation, de plus, est nettement favorisée par la médication au laudanum.

Sans doute, les spécialistes du tube digestif n'ignorent point que les infections colibacillaires s'accompagnent d'habitude d'une fatigabilité très grande, pouvant aller jusqu'à des états dépressifs avec craintes hypocondriaques.

Contrairement aux apparences, les deux thèses ne s'opposent point. Il est probable — et logique selon nous — qu'il y a, en la circonstance, enchaînement et réversibilité des phénomènes.

D'un point de vue pratique, nous croyons devoir retenir, de ces cas, la fréquence des colibacilloses au cours des états dépressifs et mélancoliques tardifs. Nous ne les avons jamais constatés au cours des états maniaques francs. L'un de nous observe

actuellement, dans son service, une périodique à accès alternes très fréquents qui ne présente d'état cholémique avec petites infections colibacillaires qu'au cours de ses phases dépressives; il a l'intention de publier cette observation ultérieurement.

Il n'était pas, croyons-nous, sans intérêt de signaler en outre la phlébite et la périphlébite comme expression de la septicémie colibacillaire. Ces faits corroborent un travail d'A. Schwartz, Fisch et Schil, sur la phlébite post-opératoire (*Paris-médical*, 28 février 1931). C'est ainsi que Le Lorier a trouvé le Bactérium Coli à l'état de pureté dans une phlébite suppurée. Le pronostic de telles phlébites, chez les mélancoliques, change si l'on retient cette notion. Dans l'un de nos cas, en raison de l'affaiblissement apparent du sujet, le diagnostic de phlébite cachectique avait, tout d'abord, été porté. Même lorsqu'il s'agit d'une complication, l'intérêt d'un traitement anti-infectieux reste entier. Si la terminaison d'un accès dépressif ne s'est produite que dans un cas, ce qui ne permet pas d'en tirer une conclusion, la malade ayant déjà présenté plusieurs accès antérieurs, dans les autres, il y a eu amélioration nette de l'état général avec disparition de l'infection, sans aucune modification de l'état psychique. Nous avons recouru aux rayons infra-rouges contre les spasmes intestinaux, contre l'infection elle-même, soit aux auto-vaccins, soit au bactériophage, contre la phlébite, enfin, aux applications de Collargol.

M. Paul Abély. — Les observations et les résultats expérimentaux que vient d'exposer M. Baruk sont d'un puissant intérêt et méritent toutes nos félicitations. A leur sujet, je me permettrai de poser à leur auteur quelques questions. Tout d'abord, si l'on s'en rapporte aux recherches anciennes de M. Baruk et en particulier à celles d'il y a quelques mois, traitant des rapports de la tuberculose et de la démence précoce, et si l'on considère celles d'aujourd'hui, il apparaît que M. Baruk considère nettement l'hébéphréno-catatonie comme seulement un syndrome. C'est une opinion, qui tend aujourd'hui à devenir de plus en plus répandue, néanmoins, certaines hypothèses récentes semblaient vouloir admettre, au contraire, une spécificité du type para-tuberculeux.

Il est une deuxième question, plus importante, que je voudrais poser à M. Baruk. Je lui demande pourquoi il qualifie de « catatonie » tous les symptômes cliniques ou expérimentaux qu'il a constatés. Certaines de ses descriptions me font, en effet, penser à des états stuporeux, à des phénomènes confu-

sionnels ; certains grands intoxiqués, en particulier certains alcooliques confus, présentent la plupart des signes qu'il vient de nous signaler. Cette considération pourrait rejoindre celle émise tout à l'heure par M. Picard, qui signalait que c'est surtout dans la mélancolie que l'on constate l'importance de l'intoxication colibacillaire, or, la stupeur mélancolique est une forme clinique assez fréquente de cette psychose et, souvent, elle prend le masque de l'hébéphréno-catatonie. M. Baruk a d'ailleurs lui-même signalé, au cours de son exposé, que la catatonie produite par la toxine colibacillaire présentait quelques différences avec celle provoquée par la bulbocapnine.

Enfin, dernière question : je crois également avoir entendu que les résultats avaient été très inégaux. Je voudrais savoir si cette inégalité était due, soit à la virulence plus ou moins accentuée de la toxine, soit à la quantité (volume injecté), ou si elle dépendait de l'animal utilisé.

M. Heuyer. — La colibacillose est banale et, en médecine générale, l'intérêt qu'on apporte à son action pathologique diminue. Je trouve les expériences de M. Baruk beaucoup plus intéressantes que les observations, car la catatonie se trouve dans beaucoup d'états toxi-infectieux, ainsi que la confusion. Au surplus, les animaux, tels qu'ils se présentent sur le film, ont l'air d'avoir de la catalepsie pure, sans négativisme véritable, ni phénomène psychique, c'est-à-dire sans catatonie vraie.

M. Georges Dumas. — Il serait intéressant d'étudier les diverses fonctions sympathiques de ces animaux, pour voir si elles présentent l'hypofonctionnement que l'on peut supposer, étant donné l'énophtalmie.

M. H. Baruk. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Picard sur l'intérêt de certaines manifestations mélancoliques au cours de la colibacillose, et les observations qu'il vient de rapporter sont, à ce sujet, très intéressantes.

En ce qui concerne la catatonie, il s'agit, à mon avis, *seulement d'un syndrome,* susceptible d'être déterminé par des causes différentes, dont, par exemple, la tuberculose, la colibacillose, etc... L'avenir montrera l'importance respective de ces diverses étiologies.

M. P. Abély me demande si les faits que je viens d'exposer constituent bien des manifestations catatoniques vraies, ou seulement de la stupeur. Il s'agit de manifestations catatoniques

vraies en raison du fait que l'animal est, non seulement immobilisé, mais qu'il garde des positions actives, qu'il présente un négativisme actif, des hyperkynésies, des troubles organo-végétatifs. Dans la stupeur simple, l'animal est seulement engourdi, mais ne présente pas tous les symptômes précités. D'ailleurs, ces divers syndromes sont liés à des degrés différents d'intoxication : suivant la virulence de la toxine, ou le stade de l'intoxication, on peut observer le sommeil, la stupeur ou la catatonie la plus authentique.

Il en est de même en clinique : il existe toutes les formes de passage entre la stupeur confusionnelle et la stupeur catatonique. De même, la stupeur mélancolique peut faire partie intégrante de la catatonie, comme Kahlbaum y a insisté, en rapprochant certaines manifestations catatoniques de la mélancolia attonita. Nous reviendrons sur ces points dans un prochain travail consacré à l'état mental de la catatonie.

M. Abély me demande les raisons de l'inégalité des résultats expérimentaux. Ils tiennent avant tout, croyons-nous, aux variations de virulence de la toxine suivant la souche microbienne, et suivant le moment où elle est recueillie : telle culture donnera, par exemple, une toxine produisant surtout le sommeil pathologique, telle autre, une toxine déterminant une belle catatonie. La même culture peut, d'ailleurs, épuiser rapidement son pouvoir producteur de toxines.

Je répondrai enfin à M. Heuyer, que je suis tout à fait d'accord avec lui sur l'existence d'états catatoniques post-confusionnels. Ces faits sont bien connus depuis les travaux de Régis. Mais ce qui nous a paru le plus important, c'est la recherche étiologique et la nature exacte des toxi-infections susceptibles de provoquer de tels états confusionnels et catatoniques.

M. Heuyer se demande si l'extension du cadre de la catatonie expérimentale n'enlève pas à celle-ci un peu de sa valeur. Nous ne le croyons pas. Sans doute, la catatonie expérimentale a pu être déterminée, non seulement par la bulbocapnine, mais par des substances chimiques diverses, même par une substance tirée de l'urine (de Jong) et aussi, comme je viens de le montrer, par plusieurs toxi-infections. Mais *cela ne veut pas dire que la catatonie expérimentale soit produite par n'importe quoi.* Cela veut dire simplement que la catatonie représente une réaction pathologique générale du système nerveux. Mais, malgré la multiplicité des causes, il persiste cependant une certaine électivité. Les recherches ultérieures cliniques et expérimentales permettront probablement de préciser ce problème étiologique.

Alcoolisme subaigu à pouls normal ou ralenti. Co-existence du syndrome d'automatisme mental, par MM. G. HEUYER et LACAN.

Les auteurs des premières descriptions du délire subaigu alcoolique ont noté les variétés multiples des formes. Lasègue, qui a décrit le délire des persécutions (Archives générales de médecine, 1858) et le délire subaigu alcoolique (Archives générales de médecine, 1868-69), a accumulé les oppositions séméiologiques entre ces deux entités morbides nouvelles, dont il a doté la psychiatrie. Il considère les cas où la clinique montre un mélange des traits caractéristiques de chacune des formes comme des faits d'association morbide, où la suspension du toxique fait facilement retrouver le délire de persécution permanent et pur. Toutefois, dans les observations qu'il rapporte de délire alcoolique subaigu, on s'aperçoit que, dans certaines d'entre elles (1), prédominent les hallucinations auditives verbales, que l'agitation motrice corrélative de l'extrême mobilité des hallucinations visuelles est moindre, que l'anxiété n'est pas aussi vive, que le délire prend une forme de menace moins immédiatement imminente, et apparaît plutôt comme une tentative de démonstration raisonnée et systématique.

Ces cas de délire subaigu participent aux caractères même que Lasègue a assignés au « délire des persécutions ».

Magnan a repris, dans les mêmes termes que Lasègue, l'opposition des 2 termes cliniques. Dans son mémoire sur l'alcoolisme pour le prix Civrieux, en 1872, il précise les caractères propres aux hallucinations du délire subaigu. Il les définit comme pénibles, comme mobiles, comme ayant pour objet les occupations ordinaires et les préoccupations dominantes du malade ; il analyse leur grande variété sensorielle ; mais il insiste peu sur les hallucinations auditives qui seraient, selon lui, des sensations acoustiques simples avant de devenir des hallucinations verbales. A l'aide d'une phrase de Lasègue lui-même, il oppose la mobilité de ce délire à la stéréotypie du délire chronique. Mais le classement évolutif qu'il fait des délires subaigus l'amène à grouper « certains malades prédisposés, atteints de délire alcoolique, à rechutes fréquentes, et à convalescence souvent entravée par des idées délirantes, affectant plus ou moins la forme du délire partiel ». Les cas qu'il cite se distinguent

(1) In *Etudes médicales*, p. 171, obs. 25, 26, 27. — De l'alcoolisme subaigu. *Arch. gén. de Méd.*, 1868-69.

par la prédominance des hallucinations auditives verbales et des interprétations délirantes, au sens moderne de ce terme.

Nous insistons sur ces points d'histoire pour montrer comment, dès le début, s'est posée la question du terrain pour l'éclosion de certaines formes spéciales du délire subaigu toxique.

Nous ne ferons pas l'histoire des recherches nombreuses que cette question a suscitées. Il s'agit surtout d'études physiologiques tendant à préciser le terrain neuro-végétatif. Nous ne voulons apporter ici que l'appoint d'un simple fait clinique. Sa constatation nous a été facilitée par la précision qu'a apportée, dans la recherche des hallucinations auditives verbales, le syndrome dit d'automatisme mental. C'est la recherche méthodique des divers éléments de ce syndrome qui nous a permis d'isoler un groupe de cas qui répond à une individualité pressentie et indiquée par Lasègue et par Magnan, et dont nous verrons les caractères. Dans certaines observations d'alcoolisme subaigu, nous avons trouvé un pouls normal ou ralenti, dont la corrélation clinique avec certains éléments du syndrome d'automatisme mental, nous paraît tout à fait importante comme valeur pronostique et comme signification pathogénique. Dans les descriptions qui sont faites de l'alcoolisme subaigu, ou délirium tremens, il est classique de décrire l'accélération du pouls ; ce symptôme, plus même que le tremblement, est un élément important du pronostic vital. Or, dans un certain nombre d'observations que l'un de nous a pu faire depuis plusieurs années, à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, certains alcooliques subaigus présentaient un pouls normal, ou ralenti, en même temps qu'existaient des hallucinations auditives, et quelquefois, un syndrome complet d'automatisme mental, avec un minimum d'hallucinations visuelles. Nous rapporterons d'abord nos observations qui permettront de mettre en évidence les faits cliniques essentiels.

Nous avons classé nos observations en 3 groupes. Dans un premier groupe, il s'agit de formes subaiguës réelles qui se terminent par la guérison. Dans un deuxième groupe, il s'agit de malades qui ont évolué ultérieurement vers un délire chronique de persécution. Enfin, dans un troisième groupe, l'alcoolisme a donné seulement une teinte nouvelle à un déséquilibre qui existait déjà antérieurement.

I

Observation I. — *K. Maurice,* 40 ans, interné par l'un de nous le 4 février 1932, avec le certificat suivant :

« Infirmerie spéciale 4 février 1932.

« Alcoolisme chronique. Idées délirantes de persécution. Halluci-
« nations auditives très actives. Entend des voix à travers les murs.
« Injures. Menaces. Propositions obscènes. Echo des actes et des lec-
« tures. Interprétations : a été intoxiqué par la cocaïne. Moyen érotique
« que employé pour l'intoxiquer. Bande d'ennemis qu'il connaît et
« qui, par l'intermédiaire de « Ripa », veut le faire disparaître. Pas
« de confusion. Pas d'onirisme visuel. Est allé se plaindre spontané-
« ment au commissariat de police. Peau chaude et moite. Tremble-
« ment digital et lingual. Tendance au myosis. *Pouls 72.* Aveu d'excès
« de boisson (3 litres, de plus, apéritifs et cafés arrosés). Obésité.
« Début il y a 3 semaines.

« Signé : Dr Heuyer. »

Voici le certificat immédiat fait à Sainte-Anne et à Villejuif :

« Immédiat, Asile de Sainte-Anne, 5 février 1932 :

« Est atteint d'alcoolisme avec hallucinations pénibles et idées de
« persécution, excitation passagère et demande de secours au com-
« missariat, insomnie.

« Signé : Dr Simon. »

« Immédiat, Asile de Villejuif, 7 février 1932 :

« Alcoolisme chronique. Episode subaigu récent. Corrige actuelle-
« ment son délire et en reconnaît l'origine. A maintenir provisoire-
« ment.

« Signé : Dr Maurice Ducosté. »

Quelques jours après son entrée à l'asile de Villejuif, l'un de nous l'examine, avec l'autorisation du Dr Ducosté. Il se trouve en présence d'un sujet un peu obèse, qui répond avec précision aux questions et qui paraît avoir réduit en partie ses croyances délirantes.

Toutefois, on remarque une certaine mimique anxieuse, des formules de perplexité, des modifications du ton de la voix quand il parle de son délire récent.

Il était entré, dit-il, le 31 janvier 1932 à l'hôpital Tenon et n'a pu y rester que 4 jours à cause de son agitation.

Depuis une dizaine de jours, il entendait des voix. Elles lui disaient : « Tu vas mourir, dégueulasse », et puis : « des saloperies, des cochonneries : Enc..... ! ». « Je me faisais dans l'idée qu'ils voulaient me tuer. »

Il y a un dialogue entre les voix hostiles et d'autres voix favorables : « Tu vas mourir syphilitique dans un hôpital. » A quoi, d'au-

tres voix répondent : « Viens avec nous : c'est malheureux de te laisser mourir comme ça. T'auras de l'argent. » Des voix hostiles elles-mêmes reconnaissent l'injustice de son sort : « T'as été courageux et travailleur, c'est malheureux, mais tu mourras. » D'autres fois, elles se font tentatrices : « Rentre dans notre société. On te donnera 6.000 fr. »

L'élément d'imminence anxieuse propre au toxique alcoolique apparaît dans le contenu des propos qui marquent les délais proches de la menace : « Tu seras mort demain matin..., à 9 heures, je te tuerai. »

Ces voix étaient chuchotées. Il reconnaissait néanmoins ses interlocuteurs, deux de ses voisins, Trub..., avec qui il avait bu « quelques petites chopines » et Bout... Pour les propos encourageants et les marques de compassion, c'était « la femme à Trub... » qui s'en chargeait.

Les phénomènes subtils de l'automatisme mental ne manquaient point au syndrome. Pensait-il à sa femme ? « Il pense à sa femme », disaient les voix. A sa fille ? « Il pense à sa fille. » De même, ses actes étaient commentés. Prenait-il une attitude indifférente à l'égard des importuns, il entendait dire : « Il est malin, il lit son journal. » Ce journal, derrière lequel il se réfugiait, « on le lisait tout haut en même temps que lui à l'hôpital ».

A noter la perception de mauvaises odeurs sans véritable conviction délirante. Par contre, les vertiges, les fléchissements qu'il éprouve lui avaient fait croire qu'il était empoisonné : « Il m'était venu dans l'idée que c'était de la cocaïne. »

Il y avait une étroite intrication de ces phénomènes hallucinatoires avec les interprétations. S'il a imputé une grande partie de ces phénomènes à ses voisins de lit à l'hôpital, en raison même de ce voisinage (« Ils faisaient semblant comme un bruit de revolver »), il a bien compris le sens symbolique de certaines de leurs attitudes : « Ils m'ont fait comprendre que c'était une bande de mauvaises gens. »

L'insomnie existait depuis plusieurs mois, de même les cauchemars se rapportant à « son travail ou à quelque chose qui n'allait pas ». Il ressentait des secousses, des crampes.

Tourneur-robinetier, le sujet s'était livré à l'alcoolisme depuis la mort de sa femme survenue un peu moins d'un mois auparavant. Trois litres de « piccolo » par jour, corsé d'innombrables « apéros » le soir (Byrrh, Turin et Mandarin), formèrent dès lors son régime.

Antécédents. — Sa femme est morte de tuberculose. Un enfant est mort à 4 jours, il y a une fille bien portante.

Il a eu un ictère en 1918 et la grippe en 1932.

Actuellement, il a le ventre un peu gros, un gros foie, un peu de

tremblement. Ses pupilles sont inégales, D. > G. ; réagissent bien à la lumière. Le pouls est à 80. Il est bien orienté.

Il sort de l'asile le 3 mars 1933 considéré comme guéri. Il n'a plus été observé depuis.

Observation II. — Voici une autre observation, peut-être moins typique, dans laquelle le syndrome a une évolution plus lente, a constitué un épisode isolé, sans récidive, et se terminant par la guérison.

N. Henri, chauffeur, 36 ans. Interné par l'un de nous le 14 juin 1931:

« Alcoolisme chronique, accidents subaigus, état confusionnel. « Amnésie. Désorientation. Obtusion. Onirisme. Poursuite par 3 indi- « vidus, deux hommes et une femme, qui le surveillaient par un trou « du plafond, ils sont armés et le menacent. *Hallucinations auditives.* « *Exposé calme des faits. Peu d'éléments visuels.* Demande sponta- « née de protection aux agents. Congestion céphalique. Tremblement « lingual et digital. *Pouls 64.*

« Signé : Dr Heuyer. »

L'un de nous le voit à Sainte-Anne et se trouve en présence d'un sujet qui n'est plus désorienté, mais qui reste marqué d'une nette obtusion intellectuelle. Le type du délire est onirique, avec raptus de fuite, qui est l'origine d'une suite de migrations domiciliaires. Mais il est néanmoins très précis sur les hallucinations auditives, il les interprète. « On voulait le faire quitter sa chambre pour la louer à un prix supérieur. »

L'éthylisme est ancien et s'est trouvé renforcé par un chômage récent.

Le sujet écrit au Préfet de police pour protester contre son internement. La réduction des hallucinations auditives a été rapide, mais en septembre de la même année, nous constatons la persistance de la conviction délirante, dirigée contre la patronne de son hôtel. Un an après son internement, l'un de nous le revoit à Ville-Evrard. La conviction délirante est réduite. Le malade travaille et est bien noté. Il est bien orienté, mais il conserve une certaine bradypsychie. Il a encore un teint subictérique et un tremblement digital et lingual. Son pouls est à 56.

Il sort en juillet de cette seconde année d'internement et recouvre 6 mois après son permis de conduire.

Observation III. — *F. Gelino,* 31 ans, interné le 14 mars 1932, pour :

« Alcoolisme chronique. Légère confusion. Orientation imparfaite. « Automatisme mental. Hallucinations auditives. Voix de dessous de « l'étage. Prise et écho de la pensée et des actes. Hallucinations « psychomotrices. Pensées étrangères. Troubles cénesthésiques. Se- « cousses « névrosthéniques ». Minimum d'interprétations. Un jeune

« homme de ses amis paraît en être cause. Pas de système de persé-
« cution. Anxiété. Crainte d'être guillotiné. Marche automatique,
« pieds nus, au milieu de la rue. Aveu d'excès de boisson (vin, apé-
« ritifs, marc). Tremblement digital et lingual. Cauchemars zoopsi-
« ques. Pouls : 72. »

Transféré en Italie.

Notons, à la limite de ces délires subaigus, où l'automatisme mental existe au moins sous la forme d'hallucinations auditives, des délires à prédominance interprétative qui sont eux-mêmes corrélatifs d'un pouls ralenti.

Observation IV. — *P. Dim.*, journalier, 40 ans, interné le 13 juin 1931, avec le certificat suivant :

« Idées délirantes de persécution. Interprétations morbides. Depuis
« trois ans, il est suivi par la police. On prévient partout de son
« passage. Quand il veut travailler, son patron est prévenu. Proba-
« bilité d'hallucinations auditives. Entend des voix avec injures,
« allusions. Onirisme probable. Poursuite par des individus dans la
« rue. Les voit aiguiser leurs couteaux. Cauchemars. Rêves de prémo-
« nition. Arrêté pour avoir jeté une pierre dans la devanture du
« journal « Le Matin ». Alcoolisme chronique. Visage vultueux.
« Tremblement digital et lingual. Légère confusion. Pouls : 64. Syphi-
« lis. Chancre en 1919. Quelques injections intraveineuses.
« Pas de signes neurologiques.
« Début de leucoplasie commissurale.
« Ancien légionnaire.

« Signé : Dr Heuyer. »

Maintenu pour persistance des idées de persécution depuis un an. Se dit poursuivi par la police et accusé d'espionnage. Aurait déjà été interné à Marseille il y a 3 ans.

II

Nous allons rapporter maintenant des observations où la question de *terrain* est posée, soit par la note spéciale des réactions, soit par les récidives du délire, soit par son *évolution vers la chronicité.* Dans cette série d'observations, il y a encore coexistence d'hallucinations auditives verbales et d'un pouls lent, mais divers éléments permettent de faire entrer en ligne de compte la notion d'un terrain particulier.

Nous rapporterons d'abord des observations que caractérise une note mélancolique avec idées d'auto-accusation et fréquemment une réaction suicide.

Les récidives de l'intoxication y sont fréquentes et se reproduisent avec la même note dépressive. L'hérédité y apparaît souvent chargée et les passages à la chronicité s'y rencontrent.

Observation V. — *B. Pierre-François* se présente le 7 janvier 1931 au commissariat de police de sa commune et s'y accuse d'avoir commis une dizaine de viols et d'attentats à la pudeur. Il est envoyé à l'Infirmerie. Il est interné par l'un de nous avec le certificat suivant :

« B. Pierre-François, 24 ans, plombier-couvreur.

« Alcoolisme chronique. Accidents subaigus. Etat confusionnel « léger. Troubles de la mémoire. Poursuivi par une bande de roma- « nichels qui pénètrent chez lui, l'attendent à la porte, tirent des « coups de revolver ; l'ont emporté dans leur roulotte, lui ont piqué « le visage. Chez lui, ils ont placé un voile sur un mur, espèce d'écran « sur lequel défilaient des hommes et des femmes. Hallucinations « visuelles colorées : vêtements bleus, verts, jaunes. Hallucinations « auditives. T. S. F. Injures. Accusations d'avoir violé des filles, d'en « avoir rendu quelques-unes enceintes. Réaction dépressive. S'est « présenté spontanément au commissariat en s'accusant de viols et « d'attentats à la pudeur. Intention suicide. Lettres à ses parents. « Actuellement, narration d'une tentative de suicide inexistante, pro- « duction onirique. Visage vultueux. Tremblement digital et lingual. « Pouls : 76. Hérédité alcoolique : père mort à 52 ans de délirium « trémens.

« Signé : Dr Heuyer. »

Admis à Sainte-Anne avec le certificat suivant :

« Est atteint d'alcoolisme avec accidents subaigus. Hallucinations « multiples et pénibles. Frayeurs et tendances au suicide. Insomnies, « étourdissements et tremblement des mains. »

« Signé : Dr Simon. »

Il est signalé dans le service comme halluciné et persécuté. Le certificat de quinzaine du 22 janvier 1931 signale la décroissance des accidents subaigus. Le certificat de sortie du 31 mars 1931 déclare le malade « actuellement calme, ne paraît plus présenter de délire, travaille régulièrement et peut être rendu à sa mère qui le réclame ».

Il est de nouveau interné d'office le 18 février 1932 avec le certificat suivant :

« Dégénérescence. Alcoolisme. Troubles prédominants de l'humeur « et du comportement. Ivresses subintrantes. Obtusion morale. Néga- « tions cyniques. Violences sur sa mère infirme (contusions multi- « ples récentes). Paresse morbide. Instabilité. Tyrannisme familial. « Sujet pour asiles spéciaux. Père mort éthylique. Mère débile.

« Signé : Dr de Clérambault. »

Le sujet, que l'un de nous examine le 3 avril 1932, est un débile mental ; plombier-couvreur, amputé de la jambe gauche à la suite d'un accident, il était en chômage depuis sa dernière sortie de l'asile. Employé comme cantonnier dans sa commune, « on lui offrait des

verres ». Sa mère, trépanée à la suite d'un accident d'automobile, devenue infirme sans indemnité, irritable, se querellait fréquemment avec lui. Le sujet avoue les violences auxquelles il s'est laissé aller dans ces disputes.

Emotivité. Instabilité du pouls. Tremblement. Réduction actuelle des convictions délirantes. Maintenu néanmoins en raison de la situation familiale particulière. Foie légèrement débordant.

Lors de son premier passage à Sainte-Anne, il remarquait que tout le monde lui en voulait. On le narguait. Les phénomènes d'automatisme mental ont complètement disparu.

Observation VI. — *M. Pierre,* 41 ans, interné le 21 novembre 1931 avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique. Idées délirantes de persécution. Est vic-
« time de ses voisins qui veulent troubler son ménage. Automatisme
« mental. Hallucinations auditives. Injures à lui-même et à sa femme.
« Commentaires des actes. Prise de la pensée. Sentiment d'étrangeté,
« de perplexité. Imprécision des idées délirantes. Obnubilation.
« Désordre des actes. Fugues. Tentative de suicide collectif (a ouvert
« le robinet à gaz de son logement). Aveu d'excès de boisson. Trem-
« blement digital et lingual. Pouls : 64.

« Signé : Dr Heuyer. »

Le certificat immédiat à Sainte-Anne insiste sur « un léger état de
« confusion mentale avec idées de persécution. Interprétations, ten-
« dances mélancoliques. Habitudes de boisson.

« Signé : Dr Simon. »

Le sujet est maintenu à Vaucluse pour son état de dépression, avec idées de persécution, réticences, etc...

Observation VII. — *T. Antoinette, femme R.,* 37 ans, internée le 20 mars 1931 avec le certificat suivant :

« Automatisme mental à début récent et brusque. Hallucinations
« auditives. Tous les objets parlent autour d'elle : les pendules, le
« poêle, un moteur, l'eau même. Injures des gens « à leur croisée ».
« Echo de la pensée. Tout ce qu'elle dit, tout ce qu'elle fait, elle
« l'entend « de partout ». On parle surtout de son passé un peu
« chargé. A été en carte. A fait de la prostitution. On lui dit : « Tu
« retourneras chez le bougnat », où elle était « employée ». Un
« peu de confusion. Désorientation. Réactions dépressives et anxieu-
« ses. Est allée spontanément se plaindre au commissariat de police.
« Tentatives de suicide à l'Infirmerie. Ton plaintif. Aucune systéma-
« tisation. Fond de débilité mentale. Obésité. Aspect dysendocrinien.
« Alcoolisme chronique. Vin et surtout alcool de menthe. Tremble-
« ment digital et lingual. Pouls : 72. Début des troubles psychiques
« il y a 4 jours.

« Signé : Dr Heuyer. »

La malade est allée se plaindre spontanément au commissariat de police où elle a déclaré que « la maison était hantée » et qu'elle-même était « aimantée », que « l'eau de sa lessive était électrisée », que « des mots s'inscrivaient sur sa planche à laver ». « Tout le monde dans la rue dit qu'elle fait le trottoir. » « Dans la maison, personne ne lui dit rien, mais lorsqu'elle est seule, elle entend bien les gens qui chuchotent. » Elle annonce alors sa tentative de suicide.

A l'entrée à Sainte-Anne, on note « un état mélancolique avec hallucinations pénibles et terreurs, réveil en sursaut et en sueur. Tentative récente de suicide : aurait avalé des épingles à cheveux et de nourrice. Léger tremblement des mains. Alcoolisme probable. Fièvre à 38° ».

Elle est revue par l'un de nous.

On note son obésité, son aspect empâté, dysendocrinien. Se dit bien réglée : a toujours été une grosse fille, dit-elle, depuis son enfance.

« Toute ma lessive me disait : tu retourneras chez le bougnat (*bis*); ils t'attendent, les poulets. »

Les pendules disaient : « Tu retourneras rue Boulay, tu y retourneras rue Gessen. » Il s'agit là d'un « bastringue » où elle a « travaillé » avant son mariage et où elle a eu des difficultés avec la patronne. « On lui en voulait parce qu'elle n'allait pas avec les clients qui ne lui plaisaient pas. »

« Tout cela, Monsieur, a commencé tout d'un coup, un matin que je faisais mon ménage, par une machine, une espèce de moteur qui était en dessous ou à côté, un moteur qui parlait, qui disait : tu es une putain, tu retourneras te saoûler la gueule. »

« Tout le monde l'a dit, demandez à tout le monde, tout le monde dit que j'étais une putain, que je faisais le trottoir. »

Toutes ces déclarations sont entrecoupées de diversions, de plaintes, dont il est difficile de rompre la chaîne pour lui faire répondre à des questions précises sur les phénomènes ressentis.

Les hallucinations verbales paraissent être éprouvées le plus souvent sur la base d'un bruit rythmique d'origine extérieure et réelle. « Le poêle aussi parle. » « Elle n'a jamais réussi à arrêter son réveil sur le fait. » « L'eau parle aussi ; le dernier jour, les chaises, tout ce que je remuais, parlait. Tout le monde dehors répétait : « C'est elle, c'est elle. » « Les gens à leur croisée disaient : « Elle se fait enc....., je vous le prouverai. »

Il y avait peu de phénomènes subtils, peu d'action sur la pensée, pas non plus de mauvaises odeurs, de mauvais goût, ni de gaz. Elle n'est pas violée, mais elle ressent des « secousses électriques, la nuit, dans le lit, et aussi le jour ».

Trois jours après, elle renouvelle ses déclarations. Quelques interprétations s'y ajoutent : « Tout mon passé est éclaboussé, partout ; dans tout Paris, tout le monde me regarde et en parle. »

A cette date, on fixe beaucoup plus son attention sur des questions précises, même dans la recherche des tests mentaux que nous prati-

quons. Elle répond bien aux tests de jugement élémentaire, est un peu moins brillante dans les épreuves d'abstraction ; elle n'a d'ailleurs reçu qu'une instruction des plus rudimentaires. Elle reconnaît les questions absurdes, elle répète correctement cinq chiffres à rebours. Elle est pourtant légèrement désorientée dans le temps. Son pouls est à 72. Elle a un tremblement léger des doigts, de la moiteur. Les réflexes tendineux sont normaux. Les pupilles légèrement inégales réagissent.

L'alcoolisme ancien, qui date du temps où elle était chez « le bougnat » avant son mariage, est avoué.

L'alcoolisme actuel sous sa forme si particulière (menthisme) est reconnu même par le mari qui veut la reprendre. Le début très brusque des troubles est confirmé par l'entourage.

Un an après, la malade, internée à la Maison-Blanche, est certifiée « être atteinte de débilité mentale. Syndrome hallucinatoire sans « système délirant. Sédation. Calme habituel. Inertie et baisse affec- « tive. Sous la condition d'une surveillance constante, la sortie peut « être tentée ».

On insiste sur l'affaiblissement affectif et la persistance du délire.

Une autre série de faits extrêmement intéressante nous semble constituée par les cas où, après un ou plusieurs accès de délire subaigu alcoolique auxquels la prédominance des hallucinations verbales et le pouls normal ou ralenti ont donné leur caractère constant, on voit *se fixer* un délire à base d'automatisme mental. Nous croyons voir dans cette corrélation clinique un élément pronostic important et apporter une précision dans la pathogénie controversée de ce que Rogues de Fursac a isolé sous le nom de « délire systématisé alcoolique ». En voici un très bel exemple :

Observation VIII. — *L. Louis,* peintre, 50 ans.

Est interné une première fois en décembre 1930 après avoir présenté, dans un hôpital parisien, des troubles caractérisés par « des « hallucinations visuelles (zoopsies) et auditives, une amnésie consi- « dérable, avec fabulation discrète et des troubles de la reconnais- « sance ». (Certificat du Dr Trocmé).

Les certificats immédiats et de quinzaine des psychiatres qui l'ont vu alors insistent sur des scènes oniriques variées avec « zoopsie ; hallucinations lilliputiennes. Meurtre de sa famille », sur les signes manifestes d'imprégnation alcoolique et surtout sur l'élément auditif des hallucinations.

Le malade sort guéri de l'asile de Villejuif le 20 février de l'année suivante.

En juin 1931, soit un an et demi après son internement, il se présente lui-même au commissariat, disant qu'on n'a pas cessé de lui faire de l'électricité depuis son premier séjour à l'hôpital. Cette

démarche a été précédée d'une lettre au médecin-chef de l'hôpital où il se plaint de souffrir depuis son premier séjour d'un « tourniquet dans la tête, de l'électricité qu'on lui envoie dans les côtes, on lui fait du tremblement dans les mains ». Il écrit : « Lésé moi donc, vous allez me faire perdre mon travaille ; ausitôt se mête à rire et recomance ; j'ai pris des témoins ; ses Citroën dont je suis partie rapport à l'électricité qu'il me faisait sur les bras. »

Le tremblement est en pleine évidence dans l'écriture. L'un de nous examine le sujet à l'Infirmerie et reconnaît sous l'alcoolisme chronique, un

« Automatisme mental et idées délirantes de persécution. Halluci-
« nations auditives. Injures et menaces. « Il faut le rendre fou. »
« Hallucinations olfactives (odeurs fécales). Prise et écho de la pen-
« sée. Enoncé des actes et répétition des paroles. Troubles cénesthé-
« siques. Electricité sur le corps, picotements et brûlures. Quelques
« éléments visuels. Pauvreté des interprétations. Trois hommes,
« peut-être infirmiers à l'hôpital Bichat, veulent se venger de lui. On
« veut rendre aussi sa femme folle.

« Alcoolisme avéré et avoué. Tremblement digital et lingual.
« Hyperalgésie musculaire. Pouls : 80.

« Un internement antérieur. Persistance, après la sortie, des élé-
« ments hallucinatoires auditifs et des troubles cénesthésiques après
« disparition de la confusion et de l'état onirique.

« Signé : Dr Heuyer. »

Le dernier certificat de situation relate depuis un an la persistance de la « psychose hallucinatoire développée sur un fond d'alcoolisme chronique ».

Observation IX. — *B. Antoine,* 63 ans.

Observé il y a 8 ans à l'hôpital Henri-Rousselle, présente alors un alcoolisme chronique invétéré depuis 20 ans, avec des idées de persécution qui sont notées comme assez particulières. Il se déclare « suivi par son beau-frère depuis Lyon d'où il serait revenu à Paris à pied ». « C'est, dit-il, pour une question d'héritage..., on est derrière moi tout le temps..., il me fait des reproches... Je sens son ombre derrière moi... J'ai voulu le frapper et je l'ai menacé. »

L'attitude est inquiète et méfiante. Obnubilation intellectuelle. Agitation violente et dangereuse. Cris. Gesticulation apeurée, etc...

Tremblement. Langue saburrale, B.-W. + dans le sang.

On l'interne (c'est déjà son deuxième internement). Puis il est libéré et, 6 ans après, en 1931, l'un de nous le voit à l'Infirmerie spéciale et l'interne avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique à la limite de l'état subaigu. Assez bonne
« orientation. Peu de confusion. Onirisme. Zoopsie. Vision de préci-

« pices. Hallucinations auditives. Entend sa famille qui lui fait des « reproches, etc... Pouls : 76. »

L'automatisme mental et le sentiment de présence donne une note particulière au tableau clinique. Tendance à la chronicité.

Rapportons enfin :

Observation X. — *V. Maximim.*, âgé de 35 ans.
Interné le 6 avril 1931 avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique. Accidents subaigus. Etat confusionnel. « Dysmnésie. Désorientation. Obtusion. Automatisme mental. Hallu- « cinations auditives très actives. Menaces de mort. Hallucinations « psychiques : voix dans son cœur qui sert d'intermédiaire pour « les ordres qu'il reçoit et les menaces qu'on lui fait. Prise et écho « de la pensée. Commentaire des actes. Envoi de gaz. Quelques « interprétations pauvres. Idées d'empoisonnement. Jalousie des « voisins qui veulent lui faire quitter le logement. Pas d'hallucina- « tions visuelles. Les ennemis voient tout ce qu'il voit lui-même. « Troubles cénesthésiques. Electricité. Début récent des troubles « psychiques, brusquement, il y a 8 jours.

« A demandé spontanément protection au commissariat de police. « Pas d'anxiété, mais refus d'aliments. Insomnie. Visage vultueux. « Tremblement menu, digital et lingual. Pouls : 64.

« Antécédents de déséquilibre et de délinquance.

« Dr G. Heuyer. »

Certificat immédiat :

« Délire de persécution avec hallucinations et troubles de la sen- « sibilité générale. « On veut sa mort, son cœur cause et l'on sait « ce qu'il pense et fait... » Plainte au commissariat. D'après les déclarations du malade, le début de ses troubles ne remonterait qu'à une « quinzaine de jours.

« Signé : Dr Simon. »

Transféré avec le diagnostic de « délire de persécution avec troubles psychosensoriels multiples. Début récent. Appoint éthylique ».

III

Nous voulons indiquer maintenant une catégorie de faits où le terrain psychopathique est caractérisé antérieurement à l'abcès subaigu éthylique, qui n'est qu'un épisode. Là encore, la forme auditive verbale de l'hallucination semble liée à l'existence d'un pouls ralenti.

Observation XI. — *L. Georges*, ajusteur, avait 21 ans en 1919 où il est interné sur certificat du Dr Delmas pour « idées délirantes et

refus d'aliments ». Notre confrère signale que le malade, vers l'âge de 10 ans, avait eu des crises d'épilepsie.

Il est examiné à l'admission par le Dr Briand, dont voici le certificat et l'observation :

Immédiat du Dr Briand : « Délire mélancolique, avec idées de « persécution et de culpabilité. Agitation anxieuse. Négativisme. Epi- « lepsie ancienne (?).

« Le malade paraît inquiet et angoissé. Il ne tient pas en place « (refus de s'asseoir). Crispations nerveuses de la face. Gestes « désespérés. Ne répond que par monosyllabes, ou dit : « C'est « malheureux (*bis*). » « Vous voulez avoir mes réponses pour avoir « le contraire... J'ai fait pleurer ma mère. » Mucitation.

« Renseignements de la mère : père mort d'abcès au poumon, « alcoolique, pas d'épilepsie (se grisait souvent).

« Mère bien portante, quatre enfants, deux vivants.

« Très nerveuse durant sa grossesse. Couche normale. Enfant nor- « mal, pas de convulsions. Vers 4 ou 6 ans se plaignait de maux de « tête. En classe, vers 4 ans et demi, caractère difficile. Apprenait « bien. A dix ans, six semaines après une chute dans un escalier, « la nuit, crise d'épilepsie affirmée à la Salpêtrière. Durant 15 mois, « une crise tous les deux mois : « Maman, ça va me prendre. » « Crise typique avec urination. Plus rien depuis l'âge de 11 ans et « demi.

« Caractère violent, depuis toujours. Depuis un mois n'était jamais « à la conversation. Anxiété nocturne : (à sa mère) : « Sois sans « crainte, je ne te veux pas de mal. » Puis, mutisme. Pleurs. Fuit « devant un médium appelé par la mère. Manifeste des idées d'in- « dignité. Dromomanie sous la pluie. Refus d'aliments. Surmenage « depuis quelques mois.

« Ne boit pas. »

Transféré à Vaucluse, il y est considéré comme un délire mélancolique avec « idées de persécution et de culpabilité. Hallucinations de l'ouïe. Agitation anxieuse. Négativisme. Epilepsie ancienne ? ». Puis, dans la même année, paraît s'avérer comme une « démence précoce avec manifestations paranoïdes et catatoniques, écholalie, incontinence nocturne d'urine ; dans les ancétédents, crises comitiales ». (Dr Roubinovitch).

Il sort néanmoins l'année suivante, considéré par le Dr Vurpas comme suffisamment amélioré. Il vit en liberté durant 20 ans, peu stable dans son travail, mais gagnant sa vie, comme semblent en témoigner les nombreux certificats de travail trouvés sur lui lors de sa dernière arrestation. Employé en dernier lieu au centre d'aviation de Nanterre. Licencié pour indiscipline, il écrit au Colonel-Commandant de ce centre de nombreuses lettres de menace à caractère nettement délirant, dans lesquelles il se plaint particulièrement des « séquestreurs, tortureurs ». Convoqué au commissariat, dit : « Je

proteste contre les rayons que l'on m'envoie, pourquoi voulez-vous empêcher mon ventre de pousser ? »

Examiné par l'un de nous 20 ans après son premier internement, il se présente comme suit :

« Alcoolisme chronique. Etat confusionnel. Obtusion. Désorienta-
« tion. Idées de persécution. Depuis 3 ans, on ne veut pas le laisser
« travailler à Paris. Hallucinations auditives. On le menace de mort.
« On veut le faire passer par un tube. On lui envoie des rayons.
« Anxiété, est condamné à mort. Supplications. Demande qu'on en
« finisse tout de suite. Bris de carreaux à son logement. Menace
« contre sa tante avec laquelle il vit. Tremblement digital et lin-
« gual. Hyperalgésie musculaire. Pouls ralenti : 60. Syphilis il y a
« 20 ans sans signe neurologique actuel. Aurait déjà été interné.
« Permis de conduire à supprimer au moins temporairement.

« Signé : Dr Heuyer. »

Observation XII. — *M. Marius,* 40 ans. Interné le 28 mars 1929 avec le certificat suivant :

« Débilité mentale. Idées délirantes de grandeur et de persécution.
« Il est inspecteur de l'église parce qu'il a reçu une cravate blanche
« de son oncle, curé à Turin. Il a la mission de « nettoyer le per-
« sonnel de l'église ». A la suite de ses plaintes, il a fait déplacer
« un vicaire. Interprétations multiples. Il est victime de la jalousie
« de ses voisins. Elément imaginatif mégalomaniaque un peu niais.
« Hallucinations auditives épisodiques. Injures et menaces. Désor-
« dre des actes. Trouble les offices par ses excentricités. Cris. Ges-
« ticulation. Habitudes ecclésiastiques anciennes. Onction. Signes
« d'alcoolisme chronique. Tremblement digital et lingual. Pouls :
« 72.

« Signé : Dr Heuyer. »

Immédiat du Dr Marie : Signale la « débilité mentale, scandale à
« l'église pour protester contre l'absence du secours du vicaire
« vis-à-vis de ses enfants (6 enfants), l'exagération du moi ». Le certificat de sortie du 21 avril 1929 déclare qu'il ne délire plus et que sa famille le réclame.

Revient devant l'un de nous le 13 avril 1931.

« Alcoolisme et débilité mentale. Excitation psychique. Loquacité
« incoercible. Gesticulation. Thème de persécution mal systématisé.
« Complôt contre sa « paternité ». Depuis qu'il a placé ses enfants
« à l'Assistance publique, on l'empêche de trouver du travail. Récri-
« minations, grandiloquence, désordre des actes. Scandale à l'Am-
« bassade d'Italie où il est allé réclamer ses enfants. Tremblement
« digital et lingual. Pouls : 84.

« Signé : Dr Heuyer. »

Immédiat du Dr Simon signale : « Hallucinations et idées de per-« sécution et de grandeur ; son cas est mondial, un complot pour « l'éliminer de son droit paternel ; style à part chez les ébénistes : « 6 cannelures pour rappeler ses 6 enfants, etc... ».

L'un de nous l'examine à Villejuif et retrouve le grand délirant imaginatif, mégalomane, sur fond de débilité mentale qu'indiquent les certificats. On relève quelques-unes des interprétations morbides les plus saillantes, signalées dans les certificats antérieurs, et des hallucinations auditives verbales. Il a entendu des voix, spécialement à l'église où elles lui disaient : « Maquereau ! feignant ! sale Italien ! » C'était la voix d'une dame, qui « essayait ainsi de diminuer la valeur de son prestige pour suffoquer l'amitié et la sympathie qui, dans cette église même, existaient à mon égard ». Vive émotion à l'évocation de ce « style maudit qui envahit le faubourg St-Antoine, et où l'on fait 6 cannelures pour évoquer ses 6 enfants ». Il les a placés à l'Assistance publique, mais ne veut pas néanmoins qu'on attente à ses droits de paternité. Développe des idées d'empoisonnement. Garde une attitude mixte de hauteur abrupte et d'onction ecclésiastique. Loquacité prétentieuse. A fait du scandale à Lourdes, des démarches obstinées pour reconquérir ses enfants. Autoritarisme familial. Lettres impératives et peu cohérentes à sa femme et à ses enfants, remplies de conseils puérils prétendant régler leur conduite dans tous ses détails.

Maintenu jusqu'à présent à l'asile.

Observation XIII. — Voici un jeune pervers, dipsomane, qui se livre à l'intoxication dès sa sortie de la colonie pénitentiaire où on l'a placé pour de nombreux vols.

L. D.-Germain, 21 ans, interné le 1er mars 1931 :

« Alcoolisme chronique. Accidents subaigus. Légère confusion. « Orientation imparfaite. Obtusion. Abrutissement. Onirisme. On le « suit pour l'empoisonner. Voit l'image de sa mère collée contre son « pantalon et ne peut pas l'enlever. Hallucinations auditives. Mena-« ces. Accusation d'avoir violé sa mère. Troubles cénesthésiques. « Electricité. On lui tape sur l'épaule pendant la nuit. Visage vul-« tueux. Tremblement digital et lingual. Pouls : 64. Fond de débilité « mentale et de perversions. Resté 4 ans à la colonie pénitentiaire « pour vols (à Belle-Isle). Sorti le 13 février. Ivresses successives « depuis la sortie.

« Signé : Dr Heuyer. »

Immédiat :

« Est atteint d'alcoolisme avec hallucinations pénibles et idées de « persécution : excitation passagère, léger tremblement des mains. « Contusion à l'œil gauche. Sortie récente d'une colonie pénitentiaire.

« Signé : Dr Simon. »

Transféré à Evreux, a réduit, un an après, ses phénomènes délirants. Pouls resté à 60. Fin tremblement. S'évade au bout d'un an encore.

Tels sont les divers groupes d'observations que nous désirons rapporter.

Pour nous résumer, nous croyons pouvoir fixer les points suivants :

1° Il existe des cas de délire alcoolique subaigu où le pouls est normal ou ralenti. Ils se présentent sous une forme clinique que caractérisent la prédominance des hallucinations auditives verbales, une conviction délirante qui se rapproche de celle des délires chroniques, une plus grande fixité des thèmes, une moindre anxiété pantophobique, une réduction relative des phénomènes visuels et moteurs.

2° Cette forme est fréquemment marquée d'une forte note mélancolique avec idées d'auto-accusation et tendances au suicide.

3° Elle peut guérir complètement. Elle peut récidiver sous la même forme. Elle peut avoir une tendance à la chronicité et mérite d'être recherchée à l'origine de tous les cas dits de délire chronique d'origine alcoolique. Inversement, la corrélation d'un pouls ralenti ne prend pas une moindre valeur que l'intoxication alcoolique dans le déterminisme de certaines psychoses hallucinatoires chroniques.

4° Dans certains états psychopathiques évolutifs (démence précoce, délire polymorphe), des bouffées délirantes à prédominance d'hallucinations auditives verbales qui paraissent conditionnées par une intoxication éthylique, épisodique ou récidivante, présentent une remarquable corrélation avec un pouls normal ou ralenti, et trouvent probablement, dans ce phénomène, une autre de leurs conditions déterminantes.

Nous nous abstenons actuellement de toute considération ou hypothèse pathogénique. L'un de nous se réserve de commenter ultérieurement ces faits et d'autres analogues qui feront l'objet de présentations. Nous pouvons dire seulement que cette production d'hallucinations auditives et du syndrome d'automatisme mental plus ou moins au complet, en corrélation avec un pouls normal ou ralenti, dans l'alcoolisme subaigu, ne permet guère une explication idéogénique.

Un internement contesté, par M. G. Heuyer.

Résumé. — L'auteur rapporte l'histoire d'un inventeur processif revendicateur, persécuté-persécuteur, dont les aventures depuis 30 ans ont occupé les tribunaux, la presse, les pouvoirs publics et même le Parlement. Ce malade, d'abord condamné à plusieurs reprises, fut, en 1911, puis en 1912, reconnu irresponsable par des médecins experts, et interné. Mis en liberté, il recommença immédiatement ses réactions revendicatrices et processives. En 1931, à la suite de menaces contre le Ministre de l'air, il fut envoyé à l'Infirmerie spéciale et interné. A l'asile, opinions contradictoires des médecins ; un des médecins traitants, l'estimant non délirant, propose sa sortie que refuse la Préfecture de police, après avis des médecins-inspecteurs. Le Parquet commet trois experts qui concluent à l'existence d'un état paranoïaque sans délire, estiment que le sujet doit être considéré comme responsable de ses actes et doit être mis en liberté. Le malade, dès sa sortie, continue ses manifestations revendicatrices et processives. L'auteur, à ce propos, discute la conception du délire admise par les experts, alors qu'on doit considérer le délire des actes comme aussi important que le délire verbal. De plus, il s'élève contre la conception de la responsabilité admise par les experts à l'égard des paranoïaques, délirants passionnels, processifs revendicateurs, qui sont des malades inintimidables, du ressort de la psychiatrie et de la médecine, et non des services pénitentiaires. M. Heuyer réclame une doctrine médicale précise qui mettra fin aux campagnes de presse devenues trop fréquentes, et qui permettra d'obtenir des pouvoirs publics les institutions psychiatriques nécessaires au placement des délinquants déséquilibrés et inintimidables pour lesquels la répression pénale est illusoire.

Cette communication sera publiée *in-extenso* comme *Mémoire original* dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques.*

M. Ceillier. — Le cas rapporté par M. Heuyer et les considérations dont il a été l'objet de sa part, montrent que l'incohérence la plus complète règne en médecine légale. Le même individu, expertisé par des experts différents, est déclaré aliéné et irresponsable par les uns, normal et responsable par les autres. La nécessité d'une doctrine s'impose.

La collaboration des magistrats et des médecins serait indispensable. Cependant, la commission de réforme du Code Pénal ne comprend aucun médecin et, prétend-t-on, ne veut en admettre aucun.

Je crois que la Société Médico-psychologique devrait ne pas se contenter d'un vœu platonique, mais étudier sérieusement la question.

M. René CHARPENTIER. — La demande de M. Ceillier a déjà satisfaction. Ainsi qu'il a été déclaré à la dernière séance de la Société Médico-psychologique par Me Clément Charpentier, le très distingué Secrétaire général de la Société générale des Prisons et de Législation Criminelle, cette Société, qui poursuit actuellement l'étude du rapport de M. le Professeur Donnedieu de Vabres, sur l'avant-projet de Réforme du Code pénal, demandera, à propos des « mesures de sûreté » prévues par cet avant-projet, l'avis de la Société Médico-psychologique. La discussion s'engagera donc à l'une des prochaines séances de la Société sur les délinquants et criminels dits « à responsabilité atténuée », comme elle s'est engagée à la séance d'octobre à propos des sujets déclarés totalement « irresponsables » par les experts, et exemptés de peine dans les conditions prévues par l'article 122 de l'avant-projet de la Commission de Réforme du Code Pénal.

Qu'il me soit permis d'ajouter qu'après nouvel examen par la Société Générale des Prisons, cette Société a été presque unanime à trouver sans objet l'article 123 de cet avant-projet. Je rappelle que cette opinion avait été soutenue ici, en particulier par Me Clément Charpentier (1) et par moi-même (2), et que c'est sur l'insistance de M. Donnedieu de Vabres qu'un texte avait été rédigé (3), texte qui modifiait d'ailleurs et celui de l'avant-projet et celui du rapporteur.

M. Paul ABÉLY. — La conclusion de la plupart des experts qui refusent d'interner les délinquants de l'espèce de celui de M. Heuyer, fait valoir cet argument : que l'asile ordinaire n'est pas un organisme qui convienne à de tels sujets, que, par conséquent, on ne sait où les placer. On pourrait donc croire que les établissements, comme la « *Section Henri Colin* » qui existe à Villejuif depuis de nombreuses années pour les hommes et dont je suis le médecin, sont encombrés. Or, en réalité, je n'arrive pas à le remplir. Cela est encore plus vrai du Pavillon que l'on vient d'ouvrir pour les femmes et qui est à peu près vide.

M. COURBON. — Ce cas, où des psychiatres de valeur égale arrivent, après avoir constaté les mêmes anomalies, à des conclusions opposées, est une preuve que, parfois, la science est impuissante à résoudre les problèmes de Médecine légale posés par les états passionnels. Dans ces cas, mais dans ces cas seu-

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, octobre 1933, page 366.
(2) *Id.*, page 365.
(3) *Id.*, page 368.

lement, où la science est défaillante, c'est au bon sens qu'il faut faire appel. Or, le bon sens commande de prendre la mesure qui sauvegarde le mieux les intérêts antagonistes du sujet expertisé, de l'individu contre lequel est dirigé sa passion, et de la Société. Cette mesure est différente, ainsi que je me suis efforcé de le démontrer ici, lors de la discussion sur les crimes passionnels, suivant que le crime a été déjà accompli ou ne l'est pas encore.

Quand l'acte criminel n'a pas encore été tenté, il faut le rendre impossible. L'unique moyen est l'internement immédiat du sujet. Mais cet internement n'est possible que s'il y a psychose. Donc, conclure à la psychose. Quand l'acte criminel, au contraire, a eu lieu, il faut empêcher qu'un acte semblable soit renouvelé par le sujet ou par un imitateur. La sanction judiciaire est plus efficace que l'internement, qui est communément considéré comme un gage d'impunité. Donc, conclure à la passion et abandonner le sujet à la justice.

Dans le cas de M. Heuyer, j'aurais conclu au délire, comme lui-même. Je regrette, à ce propos, que ma conformité de conduite avec lui ne s'appuie pas sur une conformité de raisonnement, car il traite d'illogique, dans un de ses articles, ma conception médico-légale du crime passionnel.

M. Dupain. — Je demanderai à M. Heuyer de quoi il a été inculpé.

M. Heuyer. — J'ai été cité à comparaître pour m'entendre condamner à indemniser le malade revendiquant. J'ai dû prendre un avocat et perdre deux après-midi. Je suis de l'avis de M. Ceillier, et je crois qu'il y aurait lieu d'édifier une doctrine. Ce n'est peut-être pas simplement parce que les experts n'y envoient pas de malades, que les pavillons de Villejuif sont vides, mais aussi parce qu'on ne retient pas ceux qui y sont. Mon malade y avait été placé.

Je continue à trouver illogique une conception qui considère comme malade ou comme non malade le même individu, suivant qu'il n'ait pas commis ou ait commis un crime. Et je crois que les délinquants sont totalement réfractaires à l'intimidation par l'exemple.

M. Courbon. — Si ma conception paraît *théoriquement illogique*, c'est parce qu'elle a pour objet des cas qui échappent à la théorie, c'est-à-dire à la science. Mais elle est *pratiquement logique*, puisqu'elle commande la mesure qui concilie tous les intérêts en jeu.

Quant à l'intimidation, s'il est vrai qu'elle soit inefficace sur beaucoup de pervers, elle est sûrement efficace sur beaucoup d'autres. Dans les crimes passionnels dont on peut diviser les auteurs en deux catégories : les délirants, qui sont des malades, et les passionnels, qui n'en sont pas, j'admets que l'exemple du châtiment n'arrêtera pas les délirants, mais il arrêtera les passionnels. Encore cette formule est-elle peut-être une concession trop grande à l'opinion de M. Heuyer, car bien des délirants sont intimidables.

La peur est, en effet, le dernier sentiment à disparaître dans la ruine du psychisme. La majorité des aliénés et même des déments est accessible à l'intimidation, du moins à l'intimidation immédiate. Le médecin d'asile, qui ne recourt pas à elle dans les cas où elle est nécessaire envers des malades agressifs, expose ses autres malades, son personnel et lui-même à des violences, parfois extrêmement dangereuses, qui ne se produisent pas dans un service discipliné.

M. Georges. DUMAS. — Oui, la doctrine qu'admettrait tout le monde serait bien commode, mais la discussion nous prouve qu'elle n'est pas près d'être réalisée.

Sur un cas d'encéphalite psychosique aiguë staphylococcique, par M. N. M. ARCALIDES, médecin sous-directeur de l'Hôpital psychiatrique « Dromokaïtion », à Athènes.

Le cas de psychose infectieuse aiguë que nous avons l'honneur de rapporter, est intéressant d'une part à cause de son étiologie spéciale, et d'autre part en raison de la forme clinique particulière sous laquelle il a évolué. Ce cas rentre dans le groupe des encéphalites psychosiques aiguës secondaires décrites par MM. Toulouse, Marchand et Courtois (1), au point de vue clinique, biologique et anatomopathologique.

M. X., âgé de 24 ans, employé privé, est entré à l'Hôpital psychiatrique « Dromokaïtion », le 9 février 1932.

Antécédents héréditaires. Mère hystérique. Pas d'autre tare héréditaire. *Antécédents personnels.* Nuls. N'a été atteint d'aucune maladie sérieuse, ni d'affection vénérienne. Pas d'excès alcooliques.

Jusqu'au 7 février, c'est-à-dire deux jours avant l'entrée du malade

(1) Les encéphalites psychosiques secondaires. *La Presse Médicale,* 1er avril 1931.

se portait bien et travaillait normalement. Le 7 février, soudainement, il a été atteint d'une certaine excitation psychomotrice avec obnubilation de la conscience et délire onirique. Le soir, turbulence, logorrhée et insomnie. Le lendemain s'étant rendu à son bureau, il écrit une lettre dictée par son chef, mais interprétant, il affirme que la lettre a été dictée à l'instigation de ses parents. Le soir et le lendemain confusion et excitation s'aggravent. Hallucinations visuelles et auditives. L'admission a lieu dans la nuit du 9 février, le second jour après le début des troubles.

La température n'a pas été prise avant l'entrée.

Le soir de l'entrée, le malade est confus et anxieux. Le lendemain excitation psychomotrice intense ; la confusion devient complète avec hallucinations visuelles et auditives ; violences, lacération de linge. Désorientation, ne reconnaît personne, on ne peut obtenir de réponses cohérentes aux questions posées. Anxiété, il fixe ses regards effrayés sur différents points de la chambre, fait des mouvements de défense, puis se ramasse sur son lit, disant qu'il entend des voix menaçantes.

Dès le premier jour la température oscille entre 37° 5 et 39°. L'examen neurologique et somatique est difficile en raison de la grande excitation et de l'opposition du malade. On note cependant sur différents points du corps de petites cicatrices de furoncles récents ; il existe encore sur le corps plusieurs furoncles en évolution.

Pendant 7 jours l'excitation psychomotrice reste très intense avec obnubilation complète de la conscience, onirisme et hallucinations effrayantes. La fièvre continue à osciller entre 38° et 39°. Refus de toute nourriture, alimentation artificielle très difficile. L'excitation ne cède que peu d'heures à la morphine et à la scopolamine. Pendant cette première semaine le malade s'affaiblit sérieusement. Dès le 8e jour (18 février) l'excitation psychomotrice commence à diminuer, puis disparaît et le malade tombe dans un état d'allure catatonique. La température revient à la normale dès le 7e jour et puis reste oscillante entre 37° 2 et 37° 5 jusqu'à la fin du mois de février. Pendant tout ce mois, de petits furoncles continuent à apparaître sur différentes régions du corps.

Au début, les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants : Liquide céphalo-rachidien : Albumine : 0,19. Lymphocytes : 1 par cc. (Nageotte). Sucre : 0,94 0/00. Wassermann négatif.

Sang : Réaction de Wassermann négative.

Urée : 1 gr. 10 le 17 février, puis 0,52 0/00 le 23 du même mois. Globules rouges : 4.800.000. Globules blancs : 8.500. Formule normale. Recherche du protozoaire de Laveran : négative.

Urines : Traces d'albumine, quelques cylindres hyalins.

Trois injections de quinine restent sans influence sur la température.

Mars. — Le malade est tombé dans un état catatonique. Il ne parle

pas, ne répond à aucune question, s'alimente avec difficulté. Contractions des membres, opposition à tout essai pour le faire lever ou le transporter. Il n'a ni échopraxie, ni écholalie, ni autres phénomènes de suggestibilité.

De grands furoncles sont apparus sur différentes régions du corps, ainsi que quelques petits abcès qui ont été opérés.

Le 13 du même mois, après une élévation de température à 40°2, un phlegmon s'est formé rapidement sous le muscle grand pectoral gauche. Il a été incisé. Ensuite, pendant tout le mois de mars, plusieurs collections purulentes profondes sont apparues en diverses régions du corps, les plus importantes ont été ouvertes. L'hémoculture reste négative. La culture du pus a montré d'abondants staphylocoques dorés. Pendant tout le mois de mars nous avons procédé au traitement auto-hémothérapique ainsi qu'à l'auto-vaccinothérapie staphylococcique mais sans résultats notables car les abcès opérés se cicatrisaient très lentement et de nouveaux apparaissaient chaque jour.

Avril. — Le 3 avril, un volumineux phlegmon à l'avant-bras droit, de développement rapide avec brusque élévation thermique, a été opéré. Le malade dut être transporté le jour suivant dans un service de chirurgie d'où il revient au « Dromokaïtion » le 19 du même mois. On constate alors le même état catatonique. Le malade refuse de répondre. Il n'exécute que lentement nos instructions. Absence de soins élémentaires. Gâtisme. Pendant la visite de ses parents il paraît ému et pleure souvent, mais il ne parle pas. De temps à autre il présente de l'écholalie, mais pas d'échopraxie ou de suggestibilité. L'indifférence caractéristique du vrai catatonique ne se reflète pas sur son visage et les sentimnts affectifs ne paraissent pas abolis. Pas de signes neurologiques nouveaux. On pense à un état de « pseudo-démence catatonique ».

Mai. — Même état psychique. A la fin du mois, le phlegmon de l'avant-bras qui tendait à se cicatriser se réenflamme, et l'on constate alors qu'une cavité conduit jusqu'aux os de l'avant-bras. La température ne dépasse pas 37°8. Le chirurgien trouve une ostéomyélite très étendue du cubitus, et l'os doit être enlevé dans sa presque totalité. La plaie guérit rapidement.

Juin-Juillet. — Même syndrome pseudo-catatonique. Le malade ne parle pas, ne répond pas, mais paraît se rendre compte de ce qui se passe autour de lui. Il manifeste même des réactions adaptées. Ainsi la visite du chirurgien provoque une certaine frayeur. Ne gâte plus. Alimentation spontanée, facile. Amélioration physique rapide. Apyrexie.

Août-Septembre. — Même état. Quelques réactions coléreuses.

Octobre-Novembre. — Pas de changement, ne parle pas ; manifeste de l'émotion lors des visites de ses parents. Les furoncles ont définitivement cessé.

Décembre. — Amélioration très rapide, dès les premiers jours du

mois. Le malade répond, exprime ses désirs, s'habille lui-même spontanément. La santé psychique se rétablit complètement. L'amnésie de la période de torpeur est loin d'être complète. Le sujet nous raconte les épisodes de sa maladie et ses opérations chirurgicales. Il nous dit qu'il se rendait compte de tout, mais qu'il se trouvait comme dans un état de torpeur où quelque chose l'empêchait de parler. Il quitte l'hôpital le 12 décembre 1932 ne présentant pas de séquelle mentale appréciable. Depuis lors nous l'avons revu plusieurs fois, son état psychique reste parfait.

⁂

En résumé, il s'agit d'un sujet sans tares héréditaires importantes, sans prédisposition personnelle notable, qui, au début d'une infection staphylococcique manifestée par des nombreux furoncles disséminés, a présenté une psychose aiguë sous forme de délire aigu fébrile. A la confusion initiale, succède un syndrome de pseudo-démence catatonique qui dure 9 mois et demi. Pas de signes neurologiques. Pas de séquelles mentales.

Nous pensons que cette observation rentre bien dans le groupe des encéphalites psychosiques secondaires ainsi que les ont décrites les auteurs français. L'infection staphylococcique initiale, la fièvre, l'augmentation de l'urée sanguine (1 gr. 10), les localisations staphylococciques profondes et graves (abcès, phlegmons, ostéomyélite), l'absence, pendant le cours de la maladie, de tout symptôme neurologique sont suffisants, à notre avis, pour établir l'exactitude de notre diagnostic. Au début cependant, surtout à cause de l'augmentation de la glycorachie (0 gr. 94) on avait pensé à une forme psychique de l'encéphalite léthargique (1). Mais l'absence des signes neurologiques habituels, la notion d'une infection primitive (à staphylocoques) devait, malgré l'hyperglycorachie, faire rejeter ce diagnostic. D'ailleurs nous savons bien que cette augmentation du sucre dans l'encéphalite léthargique ne possède rien de pathognomonique, ayant été constatée bien souvent au cours de maladies mentales très différentes. Nous avons éliminé de même la forme catatonique de la démence précoce. Le tableau clinique n'avait pas l'aspect de la véritable démence catatonique, le visage du malade reflétait moins l'indifférence démentielle que l'obtusion d'un confus ; les sentiments affectifs se manifestaient à certaines occasions ; enfin l'évolution montra l'absence d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Le tableau clinique correspondait à une forme de

(1) TÉPÉRIDES : Les troubles psychiques de l'encéphalite léthargique, *Thèse Athènes*, 1927.

« démence pseudo-catatonique », provoquée par un processus inhibiteur des fonctions mentales supérieures ; inhibition qui, d'après le professeur Catsaras « a pour base, un processus anatomo-pathologique infectieux siégeant, il est vrai, dans le même organe anatomique que celui de la vraie démence catatonique, mais de nature complètement différente » (1).

Au point de vue étiologique notre cas est intéressant à cause de la rareté de l'étiologie staphylococcique du délire aigu. D'autre part il faut signaler que le système nerveux a été attaqué dès le début de la maladie staphylococcique avant que l'infection se soit localisée et manifestée par des abcès profonds et une ostéomyélite.

On discute (2) beaucoup la question de savoir si c'est le virus de l'infection connue, — le staphylocoque dans notre cas — qui est la cause de l'encéphalite, ou bien si une infection quelconque réveillerait un virus neurotrope latent. Notre cas n'apporte pas d'arguments en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse.

Pour notre part nous pensons que les staphylocoques entrés dans l'organisme et doués, peut-être, d'une action neurotrope se sont localisés en différents points et de là leurs toxines auraient agi, non seulement sur l'écorce, mais aussi sur d'autres régions de l'encéphale. Et s'il nous est permis d'exprimer complètement notre opinion, nous dirons qu'à notre avis les phénomènes catatoniques sont dus à des lésions du mésencéphale. Sans doute, nous savons après les recherches histologiques de M. Marchand que dans les encéphalites psychosiques aiguës, à côté des localisations électives dans le lobe frontal et dans le bulbe, il existe des lésions diffuses. La prédominance des manifestations catatoniques dans notre cas nous autorise à penser que les lésions mésencéphaliques y étaient particulièrement marquées.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, puisque le malade a guéri sans séquelle mentale appréciable, nous devons supposer que ces lésions cérébrales n'étaient pas très intenses comme il arrive dans les cas chroniques ou mortels. Nous tendons à croire que la résistance du malade, surtout l'absence d'une forte prédisposition et aussi peut-être le traitement énergique institué dès le début ont contribué à l'heureuse issue de la maladie.

(1) Valeur diagnostique et pronostique du syndrome catatonique. Pseudo démence catatonique. Congrès d'Amsterdam 1907.

(2) Levaditi, Sanchis, Bayarri, Schoen. *Soc. de Biol.*, 24 mars 1928 ; Toulouse, Marchand, Courtois, *loc. cit.* ; L. Van Bogaert. *Journ. de Neurol. et de Psychiatrie*, octobre 1930.

M. A. Courtois. — Les encéphalites psychosiques secondaires à une infection staphylococcique paraissent en effet très rares, à l'inverse de celles qui surviennent au cours ou à la suite d'une maladie à streptocoques.

C'est ainsi que, dans une statistique du service d'observation portant sur 24 cas mortels d'encéphalites secondaires à une infection connue, il n'y a pas un seul cas où une infection staphylococcique existe seule, de façon certaine. Au contraire, le streptocoque est en cause dans plus de la moitié des cas.

Infection puerpérale	10
Erysipèle	1
Pleurésie purulente à streptocoques	1
Septicémie à streptocoque hémolytique	1
Panaris	1
Phlegmon du plancher de la bouche	1
Infection urinaire	1
Encéphalite post-opératoire (hydrocèle)	1
Rhumatisme articulaire aigu	4
Grippe	2
Typhoïde	1

Cependant, tout récemment, nous venons d'observer un cas de délire aigu secondaire à une infection staphylococcique (furoncle). Dix jours après un furoncle du nez, accompagné d'un volumineux œdème de la face, éclate brusquement le syndrome délirant aigu, l'intervalle n'étant marqué que par des céphalées. La maladie se termine par la mort le douzième jour. A signaler, dans ce cas, une thrombose vasculaire (phlébitique) du membre inférieur droit et une hémolyse sanguine considérable. Cette destruction rapide de globules rouges pourrait, dans certains de nos cas, être invoquée comme cause accessoire de l'azotémie (1). On trouvait, au 6e jour de l'évolution, un taux d'urée sanguine à 3 gr. 16, le chlore (sang total) à 3,41 (normale 2,60 à 2,90), et le sucre également augmenté à 1,72 (normale 0,80 à 1,20).

La séance est levée à 19 heures.

Les Secrétaires des séances,
Paul Courbon et Paul Abély.

(1) Gilbert, Chabrol et Besnard l'ont signalée au cours de l'ictère hémolytique. Cités par Castaigne et Chaumerliac, *Journ. méd. français*, septembre 1933.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 16 Novembre 1933

Prèsidence de M. Cl. VINCENT

Catatonie avec délire onirique au décours d'une typhoïde. Rôle respectif des toxines typhiques et colibacillaires, par MM. B. BARUK, G. POUMEAU-DELILLE et SICARD.

Ces auteurs rapportent l'observation d'une malade qui, au décours d'une fièvre typhoïde, a présenté brusquement un accès catatonique intense, qui a guéri rapidement. L'examen bactériologique de la bile a révélé une culture pure de colibacilles. Cependant, les réactions sérologiques étaient positives au bacille typhique. Les auteurs discutent la pathogénie et le rôle respectif des toxines typhiques et colibacillaires, et des associations de ces deux toxi-infections.

Discussion. — M. *Heuyer* pense qu'on ne peut pas tirer de cas de ce genre de conclusions générales sur l'étiologie possible de la catatonie. M. *Hillemand* a observé deux cas d'encéphalite typhique sévère mais ayant guéri, fait curieux : tous deux étaient d'origine ostréaire.

Syringobulbie à progression très lente et sans signes de Syringomyèlie, par MM. FAURE-BEAULIEU, R. WAHL et M. BRUNEL.

Ces auteurs présentent une malade de 58 ans qui, après un début soudain à l'âge de 14 ans, par de gros troubles de la déglutition, a vu se prendre par poussées successives, les diverses fonctions assurées par les noyaux de l'hémibulbe droit.

Actuellement, elle présente une hémiatrophie linguale, une hémiplégie vélo-palatine, pharyngée et laryngée, du hoquet et des vomissements, des troubles gustatifs, des douleurs trigéminales tenaces, et enfin un syndrome vestibulaire accentué.

Les auteurs attirent l'attention sur : 1° la durée extraordinairement longue de l'évolution morbide (44 ans) ; 2° l'absence de signes caractéristiques de syringomyélie concomitante.

Discussion. — M. *Barré* pense que, dans ce cas, la lésion est certainement bilatérale et que l'évolution par poussées est dûe à de petites hémorragies dans les parois de la cavité. MM. *Chavany* et *Baudouin* affirment que le constricteur moyen du pharynx n'est pas innervé par la IX[e] paire, et rapportent à l'appui de cette opinion des faits neuro-chirurgicaux.

Paralysie faciale périphérique et sclérose en plaques, par M. Henri SCHAEFFER.

M. H. Schaeffer rapporte un cas de paralysie faciale, de type *a frigore*, première manifestation de sclérose en plaques. L'auteur discute les rapports de la paralysie présentée par ce malade et la sclérose multiple. Il pense qu'il est impossible de ne pas établir un rapport entre l'une et l'autre, d'autant plus que la paralysie faciale a été précédée par de vives céphalées comme toutes les poussées évolutives de l'affection.

Polyradiculite sensitive récidivante provoquée par des injections de sels d'or, par MM. J. A. CHAVANY et E. BOURDILLON.

A propos d'un cas de polyradiculite sensitive dans le domaine des paires sacrées, survenu à deux reprises différentes au cours d'un traitement par les sels d'or chez un tuberculeux pulmonaire de 40 ans, les auteurs discutent la pathogénie de leur cas et admettent en l'espèce la théorie de l'intoxication tout en faisant une place au rôle du terrain qui a permis au seuil d'intoxication d'être relativement bas.

Discussion. — M. *Alajouanine* a observé deux cas analogues.

Un cas d'embolie gazeuse cérébrale à répétition avec hémiplégie récidivante, par MM. LHERMITTE et F. AMAN-JEAN.

Malade atteint d'un néoplasme cervical ; une intervention pour biopsie détermine l'entrée de l'air dans la veine jugulaire externe ; immédiatement, le malade pâlit et l'auscultation du cœur fit entendre un bruit de moulin. Quelques instants plus tard, on constate une hémiplégie gauche complète, qui s'atténua et disparut rapidement.

Les mêmes phénomènes se déroulèrent d'identique façon huit jours plus tard, à l'occasion de l'enlèvement du pansement. Cette fois, l'hémiplégie gauche se compliqua de coma passager ainsi que de la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Les faits de cet ordre sont exceptionnels ; ils obligent à admettre le passage des bulles gazeuses à travers le réseau capillaire des poumons et l'existence d'un trouble circulatoire cérébral, localisé et passager, lié à une modification organique préexistant du réseau vasculaire.

Discussion. — M. *Dufour* fait des réserves sur le mécanisme pathogénique des embolies gazeuses. M. *Alajouanine* pense qu'il s'agit là de phénomènes réflexes.

Ependimome médullaire opéré. Guérison. Considérations anatomo-cliniques, par MM. G. Guillain, Petit-Dutaillis et L. Michaux.

Ces auteurs attirent l'attention sur certaines particularités de leur observation. La tumeur intra-médullaire volumineuse ne s'est traduite que par une symptomatologie clinique peu accentuée. Les difficultés de la miction, l'impuissance étaient les signes de premier plan. On notait, en outre, chez le malade, des signes d'une neurofibromatose cutanée fruste. Les rapports entre la maladie de Recklinghausen cutanée et le gliome épendymaire paraissent ici vraisemblables.

L'intervention chirurgicale amena une guérison très rapide. Vingt mois après l'opération, le malade a repris sa vie normale.

La névralgie faciale : importance du stimulus ; dissociation de la zone d'excitation et du retentissement douloureux (déductions thérapeutiques), par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel insistent sur l'importance du stimulus, qu'ils considèrent comme le meilleur élément de diagnostic de la névralgie faciale, et sur l'importance de la zone d'excitation, sur laquelle doit être centrée l'action thérapeutique. Ils présentent quatre malades.

La pathogénie de la névralgie faciale,
par MM. Th. Alajouanine et R. Thurel.

Apportant plusieurs arguments, en contre de l'origine périphérique, de la névralgie faciale, généralement admise, les auteurs considèrent la névralgie faciale comme une réaction douloureuse provoquée, à la manière d'un réflexe, par un stimulus portant sur un point déterminé (la zone d'excitation). Cette réaction ne peut se produire qu'au niveau du noyau sensitif du trijumeau, et tout se passe comme si celui-ci était le siège d'une hyperexcitabilité douloureuse, relevant sans doute d'altérations uniquement irritatives.

Tubercule pariéto-occipital opéré depuis 3 ans,
par MM. Cl. Vincent, G. Heuyer et Mlle Claire Vogt.

Observation d'un tubercule pariéto-occipital caractérisé : 1° par sa longue évolution (8 ans) ; 2° par la coexistence avec un état général parfait ; 3° par l'aspect radiologique de la tumeur en partie calcifiée, aspect grillagé et festonné rappelant celui des angiomes veineux ; enfin, 4° par la longue survie post-opératoire. Voici 3 ans que l'enfant a été opéré et il reste en bonne santé.

L'Hémolyso-réaction, par MM. Laignel-Lavastine et N. Y. Koressios.

Intradermo-réaction au sérum hémolytique de lapin, permettant de différencier la sclérose en plaques et certains processus infectieux du névraxe des tumeurs cérébrales ou médullaires.

Les formes ménopausiques de la sclérose en plaques, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et N. Y. KORESSIOS.

Se basant sur 50 observations. ces auteurs dissocient du groupe très vaste des scléroses en plaques, une forme que la clinique permet d'individualiser très nettement, et qui serait liée à des perturbations des fonctions ovariennes.

Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens par tumeur de la base du crâne. Diagnostic différentiel avec une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, par M. Paul SCHMITE.

Malade suivie depuis 3 ans, et pour laquelle le diagnostic peut être discuté entre une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, un fibro-sarcome, voire même un cholestéatome. La malade présente une atteinte de plusieurs paires craniennes (V^{e}, VII^{e}, VIII^{e}, IX^{e}, XI^{e}, XII^{e}) sans aucun trouble pyramidal ou sensitif et avec conservation de l'état général. La radiographie montre de très importantes lésions du rocher droit.

Le principal intérêt de cette observation réside surtout dans la fixité absolue des signes depuis plusieurs années.

Discussion. — M. *Garcin* souligne l'intérêt de ce cas et pense qu'il s'agit probablement d'un cholestéatome.

Gliome kystique de la protubérance chez une achondroplase : clonies rythmiques du membre supérieur gauche, par M. ANDRÉ-THOMAS.

M. André-Thomas apporte le cerveau d'une malade, antérieurement présentée à la Société, morte en hyperthermie par un zona dorsal. Il insiste sur les dimensions considérables de ce gliome kystique, détruisant toute la calotte protubérantielle et entamant fortement le pied.

Discussion. — M. *Lhermitte* remarque dans ce cas l'intégrité apparente des olives bulbaires, les myoclonies seraient donc dues ici à l'atteinte du faisceau central de la calotte.

Etude anatomique d'un cas de myoclonies rythmées vélo-palato-pharyngées, par MM. GUILLAIN, I. BERTRAND et P. MOLLARET.

MM. Guillain, I. Bertrand et P. Mollaret apportent l'examen histologique d'un malade présenté l'an dernier. Dans ce cas, les lésions se réduisent à une dégénérescence hypertrophique des deux olives bulbaires. La pureté de ce cas leur permet d'affirmer l'origine olivaire du syndrome myoclonique.

J.-O. TRELLES.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 28 Octobre 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Paralysie générale tardive. Présentation de la malade,

par MM. VERMEYLEN et HEERNU.

Une femme de 61 ans, jusque-là bien portante en apparence, présente, à la suite d'une émotion assez vive (descente de police dans l'immeuble qu'elle habitait) des troubles mentaux caractérisés tout d'abord par des doutes sur la propriété des objets qu'elle possédait: son linge, certains bibelots, etc. Elle fait aux autres locataires et aux voisins des restitutions absurdes d'objets lui appartenant, ou appartenant à son mari. Dans les magasins où elle fait ses achats, elle veut payer plus cher que le prix demandé. Elle est obsédée par l'idée qu'on va venir l'arrêter.

A l'examen, on constate des troubles de l'orientation et de la mémoire, tant des faits anciens que des faits récents. Malgré le caractère mélancolique du délire, la malade présente une allure euphorique. Il n'existe ni dépression, ni anxiété. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien révèlent les réactions classiques de la paralysie générale.

L'intérêt du cas réside dans cette association assez rare de symptômes d'ordre obsessionnel et mélancolique, avec les manifestations mégalomaniaques de restitution et l'euphorie.

Un cas de paranoïa, par M. NÈVE.

La rareté relative des cas de vraie paranoïa et les discussions qu'ils suscitent ont incité l'auteur à rapporter l'observation d'un malade qu'il suit depuis plusieurs années, et dont il a pu reconstituer toute l'histoire clinique. Le début de la maladie remonte à quarante ans, époque à laquelle le sujet faisait des études universitaires. Il parvint à terminer celles-ci malgré un délire systématisé déjà très actif, et chercha par la suite, sans succès, à s'adapter la vie sociale, tant en Belgique qu'au Congo, en Argentine, au Maroc. S'étant marié, il fit rapidement des interprétations contre sa femme, et fut interné à la suite du meurtre de celle-ci. Evadé, il se réfugia à l'étranger et se remaria, puis fut réinterné, non sans être devenu père de famille.

L'auteur attire l'attention sur la multiplicité des interprétations délirantes, sur la persistance jusqu'à l'heure actuelle de la première systématisation

morbide, sur l'absence complète d'affaiblissement intellectuel après quarante années d'évolution. Il discute l'interprétation des cas de ce genre d'après les travaux de Kræpelin, de Sérieux et Capgras.

La notion médico-légale du déséquilibre mental. (Discussion de la communication du Dr L. VERVAECK. *Voy. Journ. belge de Neurol. et de Psych.*, 33, n° 4, p. 291).

M. DE CRAENE ne peut se rallier à la dernière partie de l'exposé de M. Vervaeck, concernant la conception de l'origine morbide de certains crimes passionnels, d'après laquelle l'homme normal pourrait, dans certaines circonstances, être poussé irrésistiblement, en dehors de son contrôle cérébral, à une réaction impulsive criminelle. M. DE CRAENE montre combien l'appréciation de ces cas est délicate, et il prend comme exemple l'observation n° 7 (p. 306) de M. Vervaeck. Il semble bien qu'il ne puisse être question dans ce cas d'un acte vraiment imprévu. Après avoir rappelé que les crimes dits « passionnels » sont beaucoup moins nombreux dans les pays où ils sont toujours sévèrement punis, l'orateur exprime l'avis que, dans les cas particuliers dont a parlé M. Vervaeck, il s'agit d'une question de Justice, d'Humanité, d'une appréciation d'ordre psychologique, qui n'est pas du ressort de la médecine mentale. Cependant, la répression des crimes passionnels doit comporter un élément exemplatif. M. De Craene discute la notion du « déséquilibre brusque » et montre que si la thèse de M. Vervaeck était admise, on risquerait souvent d'excuser certains crimes qui mériteraient d'être punis, et inversement de faire tomber sous le coup de la loi de défense sociale des sujets qui mériteraient d'être acquittés.

M. DIVRY se rallie au point de vue de M. De Craene et pense que le rôle de l'expert est de dire si des conditions réellement psycho-pathologiques ont présidé à l'accomplissement du crime. L'appréciation des conditions psychologiques doit être laissée entièrement aux juges.

M. VERVAECK se défend de vouloir étendre la notion du déséquilibre mental à tous les crimes passionnels : il ne s'agit que de certains cas, très rares il est vrai (1 à 2 0/0), mais particulièrement intéressants. Il croit qu'il faut faire crédit au criminel qui déclare qu'il a eu un moment d'égarement, lorsque son acte contraste avec toute une existence irréprochable. L'auteur se défend également de vouloir substituer le médecin au juge : l'expert ne doit émettre aucune opinion catégorique, mais seulement fournir au magistrat les éléments psychologiques du problème, et éventuellement ses éléments pathologiques.

M. Vervaeck discute encore la signification du terme « force irrésistible » de l'ancien code et montre que les cas pathologiques ne sont en réalité pas compris dans cette définition. Les limites de la psycho-pathologie sont encore très incertaines et difficiles à apprécier, mais l'auteur pense qu'il faut dans tous les cas une sanction. Il est adversaire de l'acquittement pur et simple, et le système qu'il préconise comporterait une sanction de caractère médical et thérapeutique dans tous les cas où une mesure pénale ne devrait pas être appliquée.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 28 octobre 1933

Présidence : M. F. BREMER, président

Rigidité pallidale avec spasme de torsion, par M. P. Van Gehuchten.

Il s'agit d'une enfant de 8 ans qui a présenté, jusqu'à l'âge de 3 ans, une rigidité intense. Celle-ci a diminué peu à peu au point que la marche est devenue possible. Au début elle ne s'accompagnait que d'une déviation légère du corps vers la gauche. Lentement sont apparus des mouvements involontaires sous forme de véritables décharges myocloniques courbant l'enfant en avant, et troublant considérablement la motilité.

L'auteur rapproche ce cas de ceux qui ont été décrits par C. et O. Vogt sous le nom de status dysmyélinisatus du pallidum tout en insistant sur les caractères particuliers rencontrés ici.

Myopathies, par MM. J. De Busscher et L. Massion-Verniory.

Les auteurs présentent :

1° Un cas de myotonie atrophique chez un homme de 27 ans, célibataire, accusant, depuis 4 ans, une perte de force musculaire des mains.

Le diagnostic est basé sur la constatation d'une amyotrophie de la face, des régions sus-claviculaires et ante-brachiales, avec abolition des réflexes aux membres supérieurs ; d'une myotonie surtout évidente aux lèvres, à la langue et aux fléchisseurs des doigts, bien que les mesures de chronaxie aient permis de la découvrir dans plusieurs autres groupes musculaires ; de symptômes dysglandulaires (alopécie partielle, hypotension artérielle, hypoplasie testiculaire, diminution du métabolisme basal, troubles vaso-moteurs, augmentation de la créatinurie).

Rien, dans l'histoire familiale, n'a permis de relever une hérédité homochrone et similaire ; la mère, âgée de 67 ans, est, par contre, atteinte depuis plus de 20 ans, de tics salutatoires multiples et de mouvements choréiformes du membre supérieur.

2° Un cas de myopathie banale, à type proximal, chez une jeune fille de 19 ans, présentant depuis 3 ans une perte de force des quatre membres, accompagnée de lordose très accentuée en position debout, de difficultés extrêmes à la marche et de troubles endocriniens, consistant en un mélange de signes d'hyper et d'hypofonctionnement thyroïdien, avec prédominance des symptômes de déficit.

3° Un cas de myopathie à type distal chez un homme de 39 ans, dont les jambes, le tiers inférieur des cuisses et peut-être le tiers distal des avant-bras sont frappés d'une atrophie globale. La marche sur la pointe des pieds ou sur les talons est impossible ; la démarche dandinante. Les réflexes achilléens sont abolis.

La malade présente une microrchidie gauche ancienne et une diminution extrême du métabolisme basal et du volume respiratoire. Des injections d'extrait orchitique ont eu un effet favorable.

4° Un second cas de myopathie distale chez un homme de 40 ans, souffrant depuis 2 ans d'insomnie, angoisses, palpitations, tendances lipothymiques occasionnelles et impression de dérobement des jambes. Objectivement, il existe un amincissement général des jambes et du tiers inférieur des cuisses, avec diminution très marquée des réflexes rotuliens et achilléens et légère difficulté, du côté gauche, à la marche sur les talons.

Des injections bi-quotidiennes d'adrénaline ont eu sur les malaises généraux un effet excellent.

5° Une atrophie Charcot-Marie chez un homme de 52 ans. Le début remonte à 20 ans. Bien que les mains soient indemnes, le diagnostic peut être basé sur l'absence d'hypertrophie des troncs nerveux, les troubles vaso-moteurs et sensitifs discrets des extrémités inférieures, les jambes de coq, le steppage, les pieds ballants, l'abolition des réflexes achilléens par suite de l'état fibreux des fléchisseurs du pied. La biopsie a été refusée.

Myopathie myotonique familiale sans cataracte ni troubles endocriniens,
par M. L. Van Bogaert.

Je rapprocherais volontiers des cas si beaux de M. de Busscher le cas que voici, qui se rapproche du sien par l'aspect amenuisé et triste du masque, l'intensité de la myotonie, l'existence de troubles végétatifs. Il diffère cependant du sien par :

1° le caractère familial : dans la même famille 4 membres sont atteints ;
2° le début précoce : entre 12 et 16 ans ;
3° l'absence de troubles endocriniens et de cataracte, même à la lampe à fente ;
4° le caractère non évolutif du syndrome.

Depuis 4 ans, ce groupe familial est étudié par M. Frœlich et moi-même au point de vue biologique ; en dehors des modificaions du régime de la créatinine, sur lesquelles nous reviendrons ensemble, nous n'avons rien observé d'important.

Forme maligne de la maladie de Recklinghausen,
par MM. De Groodt, Delhaye et L. Van Bogaert.

Les auteurs ont vu apparaître, chez un malade atteint de neurofibromatose de Recklingausen classique, une énorme tumeur de la racine de la cuisse droite. Le développement de cette tumeur, dont la ponction ne ramène que du sang, s'accompagne d'une cachexie rapide. L'autopsie montre des tumeurs pleuro-pulmonaires multiples, mais pas d'autres métastases. Une coupe de la tumeur primitive ne montre que du tissu nécrotique. Les métastases du poumon se présentent au microscope, comme un amas homogène de capillaires dilatés, auxquels sont immédiatement adossées des cellules à

noyau clair, rond ou fusiforme, de grandeur assez variable. Par-ci par-là, on observe un très grand noyau à coloration foncée ou claire.

Quand il est clair, les nucléoles y sont évidents. Rarement, les noyaux sont groupés. Quelques-uns sont en voie de division. Les capillaires contiennent tous de nombreux globules sanguins, dont quelques-uns à type myéloïde.

L'ensemble de cette structure montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules rondes, mixte, à l'aspect périthélial et papillomateux. Pour les auteurs qui conservent le terme de périthéliome, il est à remarquer que la tumeur, dans ce cas-ci, a adopté un caractère nettement papillomateux. Les cellules sarcomateuses se sont développées sur des capillaires et nullement sur des vaisseaux. Nous ne trouvons dans nos coupes aucun vaisseau ayant une tunique adventitielle.

Sclérose tubéreuse et spongioblastome, par M. L. Van Bogaert.

Le hasard de nos recherches généalogiques dans les familles de malades atteints de sclérose tubéreuse nous a conduit à observer chez un de ceux-ci l'association de nodules paraventriculaires du type de la sclérose tubéreuse et d'un spongioblastome multiforme.

Parmi les collatéraux d'une des malades atteintes de sclérose tubéreuse, nous trouvons un cas de tumeur cérébrale, portant en outre de petites plaques de peau de chagrin dans la région lombo-sacrée, de nombreux mollusci penduli cervico-axillaires. L'autopsie démontre chez cette patiente un spongioblastome, trois nodules paraventraux du type de la sclérose tubéreuse et une tumeur volumineuse du rein. Les auteurs envisagent successivement les divers points de cette observation et démontrent que ce cas constitue une forme tumorale atypique, mais authentique, de la maladie de Bourneville.

L'association d'un spongioblastome multiforme, de tumeurs ventriculaires du type de la maladie de Bourneville et d'un hypernéphrome, permettent d'affirmer qu'il s'agit ici d'une sclérose tubéreuse abortive à forme tumorale. Les hypernéphromes et les spongioblastomes ne seraient pas, sur le plan des dysplasies embryonnaires, « très éloignées du groupe de Bourneville ».

Contribution à l'étude des fibres spinothalamiques chez l'homme, par M. P. Van Gehuchten.

L'auteur a étudié le faisceau spino-thalamique chez un sujet décédé 3 semaines après un traumatisme de la moelle lombaire. Il a pu poursuivre ce faisceau assez important qui accompagne le faisceau de Gowers. Les fibres qui le constituent n'abandonnent les fibres du Gowers que lorsque celles-ci se recourbent vers le bas pour pénétrer dans le cervelet. Elles coiffent en arrière le pédoncule cérébelleux supérieur, montent à travers le pédoncule cérébral et elles rejoignent le ruban de Reil médian et gagnent ainsi la couche optique. Ce trajet s'écarte quelque peu de celui décrit par Long, Déjerine et Winkler. L'auteur insiste également sur l'importance de ce faisceau, qui représente probablement la voie de sensibilité thermo-douloureuse.

J. Ley.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

84e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Prangins, 7 et 8 octobre 1933

Présidence : M. R. de SAUSSURE, vice-président

En déclarant ouverte cette *84e Assemblée,* M. R. de Saussure, *vice-président* de la Société suisse de Psychiatrie, a évoqué les deux grands courants de pensée française et allemande qui se sont partagés la science médico-psychologique : la tradition naturaliste française et l'esprit vitaliste de l'école allemande. Introduction saisissante à la discussion à l'ordre du jour: le problème des hallucinations.

Le problème des hallucinations, par M. W. Maïer (de Zurich) (1).

M. H.-V. Maïer passe tout d'abord en revue les diverses conceptions du problème des hallucinations, et cite les travaux anciens de J. V. Müller, Hagen, Baillarger, puis ceux plus modernes de Jaspers, qui distingua à nouveau très nettement entre pseudo-hallucinations et hallucinations réelles ; il cite en passant les opinions de Tamburini et Tanzi, qui soutinrent en leur temps la thèse d'une projection des hallucinations à partir de certaines régions corticales d'activité automatique. Il reproche à ces conceptions anciennes, basées sur une distinction arbitraire entre les fonctions de sensation, de perception et de représentation, de n'avoir plus aujourd'hui qu'une valeur didactique et de ne pas être satisfaisantes au point de vue biologique.

(1) Les rapports et communications seront publiés *in extenso* dans les *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie.*

Il n'est plus possible actuellement de baser la théorie des hallucinations sur une distinction entre perceptions et représentations, étant donné que les critères de « matérialité », « réalité », et « intensité » par lesquels on croyait définir à coup sûr les perceptions, se sont avérés insuffisants. C'est pourquoi il est nécessaire de considérer l'hallucination non pas comme phénomène isolé ou comme entité psychologique, mais en rapport avec la personnalité dans son ensemble (à l'instar de Goldstein, Monakow et Mourgue). Il est important surtout de l'envisager dans ses rapports avec les troubles de la personnalité. Le professeur Maïer analyse ensuite la nature de ces divers troubles, qui conditionnent l'apparition des hallucinations et constate qu'ils ont tous pour caractère commun un affaiblissement de la conscience ; il subdivise ensuite les hallucinations suivant leur genèse en 4 catégories :

1. Les hallucinations « catathymiques » ou psychogènes (l'auteur désigne par le mot catathymique la formation de complexes associatifs sous l'influence de facteurs affectifs), sont psychogènes non seulement quant à leur contenu, lequel se rapporte le plus souvent à des expériences affectives antérieures, mais aussi quant à leur origine, par le fait que l'affaiblissement de conscience nécessaire à leur apparition a des causes psychiques aussi. On rencontre ces hallucinations dans les états oniriques et hypnotiques, dans les délires psycho-névrotiques et chez les sujets à tendances suicidaires, qu'elles préservent souvent du pas fatal.

2. Les hallucinations à la fois catathymiques et organiques dépendent par leur contenu seulement de facteurs catathymiques ; quant à leur origine, elle suppose un affaiblissement de la conscience sous l'effet de processus pathologiques du système nerveux : c'est le cas chez les schizophrènes, les épileptiques, les mélancoliques.

3. Les hallucinations d'origine toxique ont un contenu simple, indépendant en général des facteurs catathymiques, mais conditionné par l'état du système nerveux. Leur origine réelle est un affaiblissement de la conscience (comme dans l'ivresse) par certains toxiques (alcool, cocaïne, mescaline) ou certaines toxines produites par l'organisme lui-même dans les états fébriles urémiques, par exemple. Quant aux hallucinations à caractère nettement catathymique, que l'on observe chez certains alcooliques (au cours de certains délires ou d'états hallucinatoires chroniques), elles sont dues souvent à une disposition schizophrénique.

4. Les hallucinations d'origine organique pure se présentent dans les cas où la conscience est fortement affaiblie à la suite d'une lésion anatomique corticale ou subcorticale. On les observe chez les malades atteints de paralysie générale, d'encéphalite, de sénilité ou à la suite de traumatismes craniens.

Quelques aspects généraux du problème des hallucinations

par M. Henri Ey (de Paris).

M. Henri Ey tente de fournir une première synthèse de ses travaux, fruits de sa collaboration avec le professeur Claude. L'hallucination n'est qu'image et une image non pas intensifiée par exaltation de ses propriétés intrinsèques, mais chargée d'un coefficient de réalité par le contexte psychologique dont elle dépend. Pas plus que la sensation ou l'image, l'hallucination n'est un *phénomène,* c'est un plan d'activité psychique, certainement différent

d'ailleurs selon les diverses sphères sensorielles. Les altérations hallucinatoires de la réalité portent sur la réalité objective (hallucinations vraies), — sur la réalité subjective (pseudo-hallucinations). Quant aux impressions corporelles et particulièrement venues des « écrans sensoriels », elles constituent des hallucinoses. C'est là une distinction à laquelle aucune théorie ne peut échapper sans tomber dans le simplisme d'une réduction de tous ces troubles hallucinatoires et délirants, cliniquement liés à une intensification purement fortuite de l'image (théorie atomistique et de l'automatisme mental). Abordant ensuite la partie positive de son travail, il tire les conclusions de ce qui précède : c'est par le contexte délirant qu'il faut lire l'hallucination et la pseudo-hallucination, c'est par l'absence de troubles psychiques que se caractérise l'hallucinose. Ce qui intéresse les psychiatres, ce sont les *états hallucinatoires* et *pseudo-hallucinatoires*. Les délires proprement *hallucinatoires* sont de type *onirique* ou *anxieux*. Tout un groupe de syndromes hallucinatoires doit être rattaché au type onirique : ce sont les *hallucinations psycholeptiques* (hallucinations hypnagogiques, des auras épileptiques, dream state des Anglais ; hallucinations pédonculaires). Aux états d'anxiété doivent être rattachés les délires du type hallucinatoire de persécution de Lassègue-Falret. Les délires *pseudo-hallucinatoires,* dont le caractère essentiel est l'effraction du moi, le syndrome d'automatisme, et que Séglas a opposés aux délires de persécution, sont les divers syndromes d'influence dont le rapporteur esquisse une classification. La psychose hallucinatoire chronique, issue d'une notion pathogénique périmée, doit être rejetée car elle établit la confusion entre les groupements que la clinique nous offre.

Quant à la *pathogénie* des troubles hallucinatoires, la belle hypothèse défendue par Mourgue paraît satisfaisante pour les *hallucinoses*. Pour les autres troubles hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires, ils représentent des types de dissolution des fonctions psychiques qui peuvent relever des deux grandes causes de perturbation ou bien de facteurs « organiques » de dissolution, car l'*erreur* qui caractérise le trouble hallucinatoire peut aussi bien venir de la rupture de l'activité cérébrale que de l'action des affects. Ceci n'est pas pour étonner quiconque veut bien saisir l'originalité du *fait* psychiatrique par rapport au *fait* neurologique. Les troubles hallucinatoires comme l'ensemble des symptômes psychopathiques quand ils sont produits par des *facteurs organiques d'une extrême importance* (injections, intoxications comme l'alcool, la mescaline, tumeurs cérébrales, etc.) obéissent à la loi de l'écart *organo-clinique*. Les conditions organiques des « hallucinations » n'excluent pas la psychogénèse relative de celle-ci. Une forme particulière de cet écart se rencontre dans les cas où à un épisode organique donné succède dans le temps un délire hallucinatoire. Aussi pourrait-on dire que l'hallucinose est un fait proprement neurologique tandis que les hallucinations et les pseudo-hallucinations s'intègrent dans des états proprement psychiatriques. Mais pas plus que la dysarthrie ne fait l'aphasie ou le trouble organo-réflexe, l'hystérie, l'hallucinose n'est la base des états hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires.

Le problème des hallucinations au point de vue psychanalytique, par M. H. FLOURNOY (de Genève).

L'exemple des hallucinations chez les naufragés lui sert d'introduction. L'hallucination n'est pas seulement un désir, mais l'accomplissement d'un

désir ; c'est un acte psychique qui n'obéit plus au principe de réalité, mais au principe de plaisir. L'activité mnésique normale nous restitue des images-souvenirs : nous faisons un retour en arrière dans le plan de l'image. L'hallucination va plus loin dans cette régression, elle va jusqu'au système de perception. Le schéma de l' « appareil psychique » rend compte des choses. L'hallucination est due à une excitation d'origine interne (instinct, besoin, pulsion), qui au lieu de se diriger dans le sens habituel vers l'extrémité motrice, commence par aller en arrière jusqu'au système de perceptions : c'est une *régression*. Elle se produit dans le *rêve*. Elle peut se produire également par l'*intensité du désir*. Mais l'inconscient joue un rôle prépondérant : le *souvenir refoulé ou demeuré inconscient*. Quelques exemples de Freud et personnels illustrent cette manière de voir. Mais il y a à côté de cette régression *typique* une régression *chronologique*. La réalisation du désir entraîne des sentiments divers et souvent désagréables. Nous touchons là aux mécanismes d'auto-punition. L'image hallucinatoire a une signification, un sens rarement intelligible à première vue, puisque dès qu'il y a conflit entre diverses tendances, le désir, au lieu de se révéler tel quel, ne peut s'exprimer que d'une façon voilée, détournée. Cependant, ces facteurs ne pourraient pas suffire pour expliquer les états hallucinatoires psychotiques. Pour Freud, il y a d'une part les instances critiques supérieures (c'est le *Moi*), d'autre part, l'ensemble des penchants affectifs des pulsions instinctives (c'est le ça). Il semble que ce soit une défaillancee du Moi qui soit la condition fondamentale des états hallucinatoires psychotiques. A côté donc des « *psychonévroses* » *de défense* (Abwehr), il y a donc des « *psychoses* » *de défaite* ou de submersion (Uber wältigungspsychose), dont la démence précoce est l'exemple le plus typique. La régression hallucinatoire est dans les conditions psychotiques avec altération du Moi, un retour au stade primitif où le *Moi* n'existait pas, « où nous *hallucinions* tout bonnement les objets désirés ». Tout se passe comme si ce Moi, instrument de différenciation selon le principe de réalité, disparaissait de telle sorte que les désirs ne se réaliseraient plus par les objets fournis normalement par le Moi, mais par l'hallucination.

Les *hallucinations auditives* sous forme d'injures, de dénigrement et de haine expriment les reproches de l'inconscient. Passant à la partie critique de son exposé, M. H. Flournoy fait état du remarquable travail du regretté Pierre Lelong. A ce propos, il défend la théorie psychanalytique de « n'être qu'une théorie du contenu ». Mais il n'y a pas d'hallucination sans contenu. La psychanalyse, en utilisant des concepts essentiellement biologiques comme celui d'instinct, de développement infantile, etc., jette bien une certaine lumière sur la genèse du phénomène lui-même. De même, il peut voir dans l'explication psychanalytique autre chose que des mots vagues (disposition, prédisposition), lorsqu'elle met l'accent sur les caractères et les raisons de l'état hallucinatoire de l'enfant et du vieillard. D'ailleurs, la théorie psychanalytique n'exclut pas les facteurs étiologiques organiques qui déclenchent de tels mécanismes. Ce sont les altérations du système nerveux central, les perturbations du système organo-végétatif et de la vie instinctive (hallucinations anti-suicides) et les traumatismes psychologiques affectifs ou émotionnels. Le rapporteur rappelle également les cas d'hallucinations hypnotiques. Le phénomène hallucinatoire, si simple à première vue, est toujours complexe dans sa pathogénie. Il n'est jamais uniquement et exclusivement nerveux-central, végétatif, instinctif et psychologique. C'est au clinicien qu'il appartient d'établir dans chaque cas donné, surtout s'il s'agit d'instituer

une thérapeutique, lequel de ces facteurs est *prépondérant*. Le rapport se termine par une brève analyse de l'ouvrage de Mourgue et une confrontation de ses idées avec celles de Freud.

DISCUSSION

M. H. CLAUDE (de Paris) entend ne se placer dans ce débat qu'au point de vue clinique et loin des spéculations théoriques. Les aspects hallucinatoires sont variés, raisou de plus pour être très strict en matière de définition. Or, le plus grand mal dans ce problème des hallucinations, c'est qu'on ne s'entend pas sur les termes. C'est ainsi que le terme d'hallucinose est pris chez Wernicke, Dupré et les classiques, dans un sens qui le rend à peu près inutilisable. Il semble au contraire qu'il soit nécessaire de l'appliquer à un fait précis. C'est ainsi que l'*hallucinose* doit être considérée comme une perception morbide empruntant certains caractères à l'hallucination, mais n'entraînant pas la croyance à l'objet. C'est un phénomène dépourvu de charge affective et ne s'intégrant pas à la personnalité du sujet : c'est un trouble de nature neurologique.

— Les *hallucinations* vraies ont les attributs de la sensorialité. Elles sont de nature délirante. Dans leurs mécanismes, à côté des facteurs psychogéniques, il faut admettre des conditions organiques (c'est ce qui se passe par exemple dans l'encéphalite léthargique).

— Les *pseudo-hallucinations* aux aspects multiples, sont intégrées à la personnalité du sujet. Ce sont des manifestations de « rumination mentale » à caractère obsédant, où l'hyperendophasie joue le plus grand rôle. Elles marquent une objectivation évidente des préoccupations du sujet.

M. LHERMITTE (de Paris) reproche à M. Ey de vouloir séparer une fois de plus la neurologie de la psychiatrie. Pour lui, si les distinctions faites entre hallucinose et hallucinations ont un intérêt séméiologique, elles n'ont pas de valeur théorique car on voit chez les mêmes malades et particulièrement chez les sujets qu'il a étudiés, la croyance dans la réalité hallucinatoire varier avec la congruence ou la non-congruence de l'image et des circonstances présentes. Il s'accorde avec Flournoy en ce qu'il admet une parenté des états hallucinatoires et du rêve, mais il y a pour lui un autre mécanisme que celui du désir, c'est un état fonctionnel spécial.

M. L. VAN BOGAERT (d'Anvers) se déclare d'accord sur bien des points avec les rapporteurs. Il souligne l'intérêt des diverses recherches psychiatriques qui envisagent les symptômes comme des désagrégations de fonctions selon les principes de la neurologie jacksonienne. Il demande à M. Ey si des phénomènes comme les photopsies, chromatopsies, acouphènes, etc., sont rangés par lui dans la classe des hallucinoses.

M. VERMEYLEN (de Bruxelles) se déclare d'accord daus l'ensemble avec les théories exposées par les rapporteurs. Il insiste sur les théories modernes de la perception et particulièrement sur les points de vue nouveaux apportés par la Gestalbtpsychologie. Il souligne également l'importance pour le problème des hallucinations des études sur l'édification des fonctions du réel chez l'enfant.

M. JUNG (de Zurich) rapporte ses propres observations sur les primitifs Africains. Les hallucinations qu'ils ressentent et qu'ils utilisent ne sont qu'une forme spéciale de cette fonction qu'exprime le mot intuition, inspiration (Einfall). Toutes les transitions existent entre les formes d'intuition normale et l'intuition hallucinatoire.

COMMUNICATIONS

L'hallucination pédonculaire, par M. Lhermitte (de Paris).

Les lésions mésencéphaliques provoquent des hallucinations visuelles qui sont le plus souvent critiquées, donc conscientes, mais ce n'est là qu'un critère relatif ; le sujet se laisse prendre à l'apparence hallucinatoire quand celle-ci ne heurte pas trop brutalement le sens commun. L'éclosion des phénomènes hallucinatoires se rattache fort souvent à des troubles de la fonction hypnique. L'état hallucinatoire n'est que l'expression de la fonction active du sommeil : le rêve.

Hallucinations et phénomènes oculogyres,
par M. L. Van Bogaert (d'Anvers).

Rapporte trois cas particulièrement intéressants de parkinsoniens avec crises oculogyres et troubles hallucinatoires qui s'intègrent dans la dissolution des fonctions perceptives.

Le syndrome hallucinatoire (automatisme mental) en pathologie générale. Le syndrome mystique. Un cas de syndrome hallucinatoire du type mystique au cours d'une syphilis cérébrale, par M. G. de Morsier (de Genève).

Critique à l'aide des faits par des interprétations psychogénétiques.

Des hallucinations « in state nascendi », par M. M. Boss (de Zurich).

Observation de troubles hallucinatoires au cours de traitement psychanalytique. Guérison du symptôme et de la névrose.

De quelques caractères cliniques des hallucinations auditives verbales,
par M. F. Morel (de Genève).

Etude détaillée de l'écho de la pensée, qui est un phénomène de dissolution des fonctions verbales, voisin du trouble aphasique.

Les hallucinations au cours du processus de guérison dans les schizophrénies, par M. C. G. Tauber (de Berne).

Elles peuvent cesser spontanément ; elles peuvent persister avec disparition de la réaction du malade ; elles peuvent changer de valeur affective et devenir favorables (importance psychothérapique).

Des hallucinations schizophréniques,
par M, J. Wyrsch (de Saint-Urban).

Il y en a deux groupes : les hallucinations physiogènes, symptômes primaires, et les hallucinations psychiques du type pseudo-hallucinatoire.

Hallucinations et énergie psychique, par M. de JONGE (de Prangins).

Les phénomènes psychiques et les hallucinations dépendent d'éléments quantitatifs qui ne parviennent à la conscience que dans une forme qualitative.

L'hallucination et le réel, par M. de MONTET (de Vevey).

Pas plus qu'il n'y a de théorie ontologique possible de la vérité, il n'y en a de l'hallucination. On se heurte aux antinomies fondamentales qui rendent le problème insaisissable autrement que par une véritable « dialectique » clinique.

DISCUSSION

Le professeur H.-W. MAÏER remercie les divers auteurs des précédentes communications.

M. Henri EY répond spécialement à MM. Lhermitte et L. van Bogaert, et à MM. Morel et de Morsier. C'est pour lui l'occasion de préciser à nouveau quelques points et d'affirmer qu'il ne songe pas à creuser davantage le « ridicule fossé plus administratif que scientifique » entre la Neurologie et la Psychiatrie.

M. H. FLOURNOY déclare que son rapport n'ayant pas soulevé d'objections importantes de la part des assistants, il remercie ceux qui ont bien voulu se trouver d'accord avec lui.

Henri EY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'Hygiène sociale de l'Enfance, par le Dr G. Banu (de Bucarest). (2 vol. in-8°, xx-717 et 968-xxxv pages, avec un *avant-propos* du Professeur Marfan. In *Publications de l'Association Internationale pour la Protection de l'Enfance*, Bruxelles, et Masson et Cie, Paris, 1933, édit.).

Important travail d'ensemble, qui a pour objet l'étude de l'enfance depuis l'époque préconceptionnelle jusqu'à l'adolescence, et qui témoigne, de la part de son auteur, d'une expérience pratique approfondie et d'une documentation internationale remarquable. Les problèmes de physiologie et de pathologie infantiles y sont exposés avec le même soin que les conditions sociales de l'enfance.

Au point de départ, le problème de l'enfance se confond avec l'*Eugénique* et les lois de l'*Hérédité*, dont *M. Banu* met en lumière les importants facteurs, avant même d'étudier l'*hygiène de la Maternité*. Il est indispensable d'examiner d'abord la santé des parents et son influence sur la descendance pour déterminer les méthodes qui assureront à l'enfance, jusqu'à l'adolescence, une protection efficace.

Suivant l'enfant à chacune de ses étapes et jusqu'à l'âge adulte, l'auteur rappelle la physio-pathologie du *premier âge*, le plus exposé à la mortalité, et les règles d'hygiène qui en sont la conséquence, avant d'étudier la seconde enfance et l'enfant d'âge scolaire.

Le deuxième volume débute par l'exposé des règles d'hygiène générale, d'éducation physique, d'hygiène intellectuelle, d'alimentation, de protection des enfants d'*âge préscolaire*.

L'hygiène scolaire, l'examen médical de l'écolier, les maladies scolaires, l'examen psychique de l'écolier, la technique de la mensuration de l'intelligence par les tests de Binet et Simon et les modifications de Stern, Terman, le dépistage des enfants anormaux à l'école ou au dispensaire d'hygiène mentale (anomalies intellectuelles proprement dites, anomalies du caractère, anomalies morales) et leur examen clinique, la sélection médico-pédagogique des arriérés, le traitement précoce des anormaux sous la direction de spécialistes sont étudiés avec compétence et avec

soin en des pages remplies de renseignements intéressants. On y trouvera également, après des chapitres intéressants sur l'hygiène intellectuelle de l'écolier et l'hygiène du personnel enseignant, le service médical scolaire et ses collaborateurs dans divers pays, et sur l'assistance des enfants d'âge scolaire, les indications concernant les institutions et classes spéciales pour les déficients mentaux, les épileptiques, les paresseux, les aveugles, les sourds-muets, les infirmes moteurs, etc., les écoles en plein-air, les colonies de vacances, les foyers d'enfants.

L'importance considérable, les raisons sociale, biologique, de l'*orientation professionnelle* et les facteurs qui la conditionnent (y compris le rôle du marché du travail), sont bien mis en valeur par *M. Banu,* qui indique les méthodes d'examen des modèles de fiches d'aptitude et donne comme modèle le programme de l'*Institut national d'orientation professionnelle* de Paris.

L'étude des questions relatives à l'enseignement, à la propagande, à la législation et à l'organisation de l'hygiène scolaire, à l'hygiène du travail des mineurs, aux enfants assistés, est accompagnée de documents de législation comparée qui rendront les plus grands services.

Enfin, l'*hygiène des enfants délinquants* est abordée par l'auteur qui montre que si, de tout temps, législateurs et sociologues se sont préoccupés de la criminalité enfantile, ce n'est que bien récemment que la question est entrée dans une phase d'étude scientifique et d'organisation rationnelle et méthodique. Il en énumère les causes pathologiques et sociales, rappelle les classifications de Paul Wets, du professeur Etienne Martin ; compare le fonctionnement des tribunaux pour enfants dans différents pays, leur organisation, les règles de leur compétence, les résultats obtenus, expose les mesures à prendre contre les enfants délinquants, leur répartition. Il montre le fonctionnement des écoles d'observation ou établissements de reclassement, des cliniques médico-pédagogiques et dispensaires d'hygiène mentale, des institutions d'éducation et placement des enfants délinquants, du régime de liberté surveillée ou de semi-liberté, des colonies pour enfants anormaux, le secours apporté par les sociétés philanthropiques privées, les sociétés de patronage, les ligues d'hygiène mentale, les œuvres d' « After-Care », les infirmières-visiteuses, les Ecoles de service social.

Après un très intéressant chapitre, où l'on trouve un aperçu de l'organisation de l'hygiène des enfants délinquants dans les pays où la tradition et l'expérience sont les plus anciennes (France, Etats-Unis, Angleterre, Belgique, Italie, Allemagne, Roumanie), l'ouvrage se termine par un projet d'organisation méthodique au triple point de vue préventif, éducatif et répressif.

En plus de 1.700 pages, ce traité renferme une vaste synthèse de l'hygiène sociale de l'enfance. Ainsi qu'il convenait, la partie psychologique, psychiatrique, médico-légale du problème y figure en bonne place et y a été aussi largement traitée qu'elle pouvait l'être dans un traité d'hygiène générale. Par l'étendue de la documentation, par l'importance primordiale du problème, par la compétence médico-sociale de l'auteur, cet ouvrage, qui individualise pour la première fois l'hygiène sociale de l'enfance comme une discipline autonome, mérite une mention toute spéciale parmi les ouvrages nécessaires à la connaissance de la psychiatrie infantile et de l'hygiène mentale.

René Charpentier.

Emigration et Folie. Etude des maladies mentales parmi les populations d'origine norvégienne de Minnesota (Emigration and Insanity. A Study of mental disease among the norwegianborn population of Minnesota), par ÖRNULV ÖDEGAARD. 1 volume, 206 pages. Levin and Munksgaard Publishers. *Acta Psychiatrica et Neurologica ; supplementum IV,* Copenhague, 1932.

La politique d'un Etat en face du problème de l'émigration s'inspire nécessairement d'un opportunisme vigilant. Un pays, comme l'Amérique, avec ses vastes territoires encore inexploités, la diversité de ses races, son pouvoir d'absorber, d'amalgamer et d'utiliser les énergies les plus disparates, peut voir sans craintes sa population s'accroître ; de ce point de vue, elle sera portée, non seulement à conserver son matériel humain, mais à favoriser l'émigration. Toutefois, une grosse objection surgit. L'unification de la grande République américaine a présenté des phases périlleuses. Menacée de rébellions, de poussées séparatistes, elle devait veiller, à certaines époques, à éviter l'incorporation d'un nombre considérable d'aventuriers, instinctivement poussés à s'expatrier avec le secret désir de tirer partie de situations troubles. En période de paix sociale, de développement industriel constant et rapide, les Etats-Unis étaient trop optimistes et orgueilleux de leur force pour s'inquiéter de la qualité des émigrants. Actuellement, le problème se pose de nouveau et les Américains sont de plus en plus alarmés par la présence de déséquilibrés, d'indésirables auxquels ils ont réservé un imprudent accueil et qu'ils voudraient pouvoir déporter en masse dans leur pays natal.

Les recherches statistiques entreprises par Ödegaard, d'Oslo, montrent, comme on peut aisément le prévoir, que la proportion des cas de désordres mentaux est beaucoup plus forte pour la population norvégienne d'une province américaine que pour un même nombre de sujets pris en Norvège, dans des conditions analogues d'âge et de situation. Les causes de cette disproportion, il faut les chercher d'abord dans le fait que nombre de déséquilibrés s'expatrient par goût ou veulent échapper à la justice après un délit ou un crime ; ensuite dans les difficultés de la transplantation, épreuve assez rude pour l'organisme et pour la bonne harmonie psychique. L'usure plus rapide due au changement de climat, de régime alimentaire, d'habitudes de travail favorise la sénilité précoce et l'artériosclérose cérébrale. La nostalgie pousse à l'alcoolisme et aboutit plus souvent à des psychoses toxiques. Les jeunes gens isolés contractent la syphilis en plus grand nombre et la paralysie générale fait d'importants ravages. Mais c'est principalement à la schizophrénie que l'émigrant norvégien paye un lourd tribut. Il est difficile de le secourir au début de sa psychose et son isolement moral et social augmente l'autisme, l'anxiété et le délire.

Nommer des commissions spéciales pour l'examen des émigrants est une tâche irréalisable. Le médecin ne peut dépister que l'inaptitude de l'imbécile ou du délirant aigu ou très évolué. On doit rapatrier les déments précoces atteints au début de leur séjour aux Etats-Unis, assister les sujets vieillis par le travail, mais c'est à la propagande bien comprise qu'il faut demander le remède aux inconvénients de l'émigration.

P. CARRETTE.

PSYCHIATRIE

Clinica psicopatii, par le Professeur P. GANNOUCHKINE, 1 vol., in-12, 151 pages, Edition Sever, Moscou 1933.

La profonde originalité du travail dont nous voulons rendre compte ici consiste en ce que l'auteur étudie les psychopathies, non seulement en tant que syndromes morbides, mais aussi en tant que maladies ayant une marche et des périodes plus ou moins bien délimitées : à côté de la « statique », il envisage la « dynamique » des psychopathies, cette dernière étant sous l'influence fréquente des causes purement sociales (éducation, profession, situation). Avant d'aller plus loin, mentionnons que les psychopathes véritables et de plus les circulaires, les paranoïaques, les « hystériques » rentrent tous dans le cadre envisagé par Gannouchkine.

Quelques traits communs intéressants peuvent être mis au premier plan : existence dans le psychisme de symptômes contradictoires créant un état de déséquilibre (par exemple : prétentions excessives voisinant avec une insuffisance des moyens), — infantilisme du caractère (suggestibilité, manque de volonté, diminution du sens critique, etc.), — absence dans l'évolution de toute modification de la personnalité qui reste une contrairement aux processus d'ordre schizophrénique. Dans ce cadre, on peut distinguer un certain nombre de groupes cliniques. Après les avoir passés en revue, nous exposerons ce que l'auteur entend par leur dynamique.

Le groupe des *cycloïdes* comprend les déprimés, les excités et les cyclothymiques constitutionnels. — Les *asthéniques* sont facilement excitables mais se fatiguent vite. Parmi eux se recrutent les neurasthéniques, les douteurs, les hypocondriaques. Un chapitre intéressant est consacré aux *schizoïdes.* Ce sont des originaux, n'ayant jamais une notion exacte de la réalité ambiante, comprenant mal la psychologie d'autrui, entêtés et négateurs. Mentionnons aussi les groupes des *paranoïaques,* des *épileptoïdes,* des « *hystériques* » (contenant les escrocs pathologiques et les mythomanes de Duprè), des *instables,* des *antisociaux* et enfin des « *inintelligents constitutionnels* » (parmi ces derniers on trouve des hommes banaux, sans initiative, « suivant la foule », et qui souvent s'adaptent à la vie sociale mieux que bien des esprits supérieurs).

Ces groupes ne sont pas nettement tranchés, il existe de nombreuses formes de passage et les types purs sont rares. Un autre point à considérer, c'est le *degré* du trouble psychique, qui est variable selon le sujet, mais aussi selon les circonstances (âge, événements extérieurs). Il arrive que certains sujets ne manifestent même, pendant longtemps, aucun symptôme de déséquilibre grâce à des circonstances favorables. Ainsi se dégage la notion des *psychopathies latentes ou compensées* que Gannouchkine est bien le premier, croyons-nous, à avoir introduit en psychiatrie. Il y a là une idée neuve et féconde qui devra être reprise par les chercheurs. Après l'avoir mise en lumière, il y a lieu de passer à la « dynamique » de toutes ces formes mentales.

Ici s'imposent quelques remarques préliminaires. Il importe de savoir que les psychopathes sont particulièrement influençables. Les « crises » telles que celles de la puberté et de l'involution jouent souvent un grand rôle, de même que le milieu social et différentes causes exogènes psychiques et physiques. D'autre part, il y a lieu de noter la fréquence chez ces

sujets d' « accès » divers ayant ceci de commun qu'ils sont essentiellement passagers.

On peut étudier la « dynamique » des psychopathies en trois chapitres : les phases — les réactions — le développement, étant bien entendu qu'il ne s'agit que d'une division schématique.

Jaspers a proposé le terme de *phase* pour désigner les accès survenant chez les psychopathes sans cause extérieure visible, sans processus progressif d'évolution et se terminant par un retour au *statu quo*. Si l'accès est court, il s'appelle « *épisode* ». Les phases s'observent, soit chez les sujets appartenant au groupe cycloïde (les circulaires, les cyclothymiques), soit même chez ceux des autres groupes (les périodes dépressives des épileptoïdes, les bouffées délirantes de Magnan, certains états obsédants des asthéniques, d'autres encore).

Les *réactions pathologiques* s'observent consécutivement à des causes psychiques (réactions psychogènes). Ce sont avant tout des états confusionnels : stupeur, syndrome de Ganser, puérilisme de Dupré, états crépusculaires, états oniriques. On doit distinguer, au point de vue évolutif, deux formes : les chocs et les états réactionnels prolongés. Le choc survient en général sous l'iufluence d'un danger immédiat et évident : en plus de la confusion, il y a des signes physiques tels que la tachycardie. Quant aux états réactionnels de longue durée, Gannouchkine en distingue trois variétés: *a*) réaction de fuite de la réalité (sursimulation, puérilisme, délires mégalomaniaques fantasques) ; *b*) états hallucinatoires et paranoïdes (psychoses pénitentiaires, certains délires par contagion) ; c) Etats dépressifs (tristesse anormale par ses manifestations ou par sa durée, asthénie, hypocondrie).

La constitution du sujet colore la réaction d'une manière particulière. Mais il ne faut pas oublier l'existence fréquente de constitutions mixtes, ce qui a pour résultat de compliquer le tableau clinique. D'autre part, il est possible que sous l'influence du traumatisme psychique, telle composante de la constitution originelle apparaisse plus que telle autre, d'où également résulte la possibilité de formes nouvelles. Deux points doivent encore être retenus, relativement à l'évolution de ces réactions psychogènes : dépendance de la cause (guérison ou prolongation) ; existence possible d'une période latente entre le traumatisme et la réaction. Disons enfin que Wvedenski a établi la possibilité, exceptionnelle il est vrai, de séquelles mentales incurables, consécutives à tous ces états réactionnels.

Nous serons bref sur le chapitre du « *développement pathologique* ». Il s'agit en somme d'une modification progressive de la personnalité sous l'influence de facteurs psychiques ou sociaux (situation). Ce processus est différent de celui qui s'observe dans certaines psychoses, telles que la démence précoce, et qui est d'ordre biologique. Quelques variétés importantes doivent être mentionnées tout particulièrement : les névroses traumatiques (qu'on rencontre chez les asthéniques), les narcomanies, les délires de revendication, les états dégénératifs des impulsifs et des pervers.

Terminons cet exposé en disant que certains psychopathes peuvent présenter des réactions psychiques somatogènes, survenant sous l'influence de facteurs somatiques : épuisement par surmenage ou insomnie, maladies fébriles telles que la fièvre typhoïde par exemple. Ce sont des états asthéniques aigus. Nous n'avons pu donuer qu'une idée incomplète du livre de Gannouchkine. L'œuvre est pleine de faits cliniques et de considérations générales intéressantes.

G. Halberstadt.

L'épilepsie consciente et mnésique, par le Dr Emile de CURTON. *Thèse Bordeaux*, 1932.

Dans cette thèse inspirée par le Professeur Abadie, l'auteur étudie une fois de plus, le problème si important au point de vue médico-légal et thérapeutique de l'existence toujours discutée des formes conscientes et mnésiques de l'épilepsie. Depuis la description complète de l'épilepsie dans ses multiples manifestations, la conception des formes conscientes a eu, suivant les époques, ses partisans et ses critiques, et elle n'est pas encore admise par tous les auteurs. Tamburini en 1878, Ducosté en 1899, les deux précurseurs de cette notion, semblaient avoir fortement étayé leurs affirmations d'observations convaincantes, mais ils furent suivis par un petit nombre de cliniciens, et ce sont des cas épars dans la littérature qu'il faut rechercher et colliger pour se faire une opinion. C'est la méthode suivie par de Curton, qui conserve la distinction généralement admise entre l'épilepsie convulsive et l'épilepsie psychique, qui fournit pour chacune de ces formes, dans leurs diverses variétés, une revue générale des idées des auteurs et qui apporte un choix particulièrement heureux d'observations. Il résulte de cette synthèse, les quelques propositions suivantes. La conscience qui est habituelle au cours des prodromes du mal comitial, fréquente au cours des auras, peut se maintenir quelquefois, pendant l'évolution de l'accès convulsif généralisé et, tout à fait exceptionnellement, dans l'état de mal. Par contre, les caractères habituels d'inconscience et d'amnésie manquent peut-être plus souvent dans le petit mal qui prend alors une formule nouvelle. Ces faits sont intéressants à plusieurs titres, mais c'est dans l'épilepsie larvée qu'il y a un véritable intérêt humain, « non seulement en face de la science, mais encore de la justice et de la vérité » (Tamburini) à montrer l'erreur de l'absolutisme classique : « sans perte de conscience et perte de la mémoire consécutive, pas d'épilepsie ». Existe-t-il des impulsions épileptiques à la violence, au meurtre, au suicide, au vol, à l'exhibitionnisme, à des actes absurdes, des impulsions aux actes procursifs, des psychoses transitoires, mnésiques et conscientes ? C'est ce que l'auteur envisage successivement en fournissant des cas incontestables pris surtout chez Falret, Tamburini, Ducosté, Claude, Marchand. Il termine d'ailleurs par des conclusions peu révolutionnaires : « Les documents, écrit-il, qui démontrent de façon incontestable l'existence de cette forme atypique du mal comitial, sont en nombre relativement restreint. L'inconscience et l'amnésie restent encore les deux grands critères de l'épilepsie. »

Robert PAULY.

Contribution à l'étude du syndrome de Korsakoff aigu, par le Dr Denis RADU, ancien externe des Cliniques et prosecteur à l'Institut d'Anatomie de Cluj (Roumanie). *Thèse Paris*, 1933, 180 pages, Maurice Lavergne, Ed.

Ce travail se résume surtout à l'étude de la psychose de Korsakoff, d'origine alcoolique et à évolution rapidement mortelle. Retenant la rapidité de cette évolution fatale liée à l'intensité des lésions cérébrales et médullaires, l'auteur propose de donner à ces formes cliniques le nom de psycho-cellulonévrite aiguë. L'alcoolisme n'est pas cependant le seul facteur de psychopolynévrite ainsi que Korsakoff l'avait déjà démontré. La tuberculose, les

intoxications exo ou endogènes et les infections les plus variées peuvent l'occasionner.

M. D. Radu passe en revue les différents symptômes du syndrome de Korsakoff :

psychiques, amnésie, désorientation, confusion mentale, confabulation, onirisme, illusions et hallucinations, affaiblissement intellectuel ;

paralytiques avec troubles moteurs, sensitifs et trophiques, altérations des réflexes et de l'excitabilité électrique ;

biologiques, en particulier l'azotémie qui parfois dépasse 1 gramme et a atteint 4 grammes 40 dans une de ses observations.

Le syndrome anatomique se spécifie dans la forme rapide par l'intensité des lésions aiguës des cellules nerveuses, étendues à tout le névraxe avec un minimum de réactions inflammatoires ; dans ces cas, les lésions des nerfs ne sont pas appréciables ; on ne trouve aucune lésion dégénérative des fibres myéliniques ni aucune réaction du tissu conjonctif.

R. Dupouy.

Franz Liszt (Etude psycho-pathologique), par le Dr Robert Quero. 147 pages. Delmas édit. *Thèse Bordeaux*, 1932.

« Préciser les particularités du caractère de Liszt, expliquer si possible les raisons profondes de son comportement, éclairer les aspects multiples de sa personnalité, sans préjuger de sa morbidité, sans la rejeter non plus de parti-pris » ; tel fut le point de départ de cette intéressante étude rétrospective conçue dans un esprit clinique. L'ouvrage est divisé en trois parties qui traitent respectivement : de « *L'homme* », avec une évocation de sa vie qui a bénéficié de beaux travaux récents, vie intellectuellement et physiquement très active où trouvent place, cependant, les trois grandes passions amoureuses devenues célèbres pour Caroline de Saint-Cricq, Mme d'Agoult et la princesse de Wittgenstein et la chaude amitié pour Wagner — de « *L'Œuvre Musicale* » envisagée surtout comme une confirmation des renseignements fournis par la vie — et du « *Caractère* », dernière partie qui, après l'étude analytique des facultés intellectuelles et affectives, se termine par un essai de synthèse. Cette étude du psychisme de Liszt permet d'écarter tout diagnostic de constitution mentale morbide. Cependant, on note chez Liszt, une dysharmonie dans la proportion des diverses dispositions qui composent la personnalité normale : 1° une affectivité constamment prédominante par rapport aux facultés intellectuelles ; 2° une activité le plus souvent légèrement au-dessus de la moyenne ; 3° l'existence de trois épisodes relativement courts de dépression physique et psychique toujours motivée par des raisons sérieuses et ne présentant pas les caractéristiques des accès dépressifs intermittents. Si l'on voulait enfin qualifier d'un terme synthétique, cette forte personnalité aux aspects divers, Quéro pense que l'on pourrait parler « d'idéalisme passionné » en élargissant un peu le sens attribué par Dide, à ce mot.

Robert Pauly.

MÉDECINE LÉGALE

Le secret médical. Son caractère juridique, par Georges JACOMET, Docteur en Droit (1 vol. 110 pages. — G. Doin, édit. 1933).

Le secret médical a déjà donné lieu à de très nombreuses discussions, tant dans son principe que dans son application journalière. Mais l'importance d'un pareil sujet est telle que le livre de M. Jacomet vient à son heure et suscite un très vif intérêt.

L'auteur s'attache tout d'abord à établir le fondement juridique du secret médical, dont le principe fut admis par tous les peuples depuis la plus haute antiquité.

Il discute les deux thèses qui se sont jusqu'ici affrontées : celle qui prétend fonder le caractère juridique du secret sur l'idée du *contrat* tacite intervenant entre le malade et son médecin, et celle qui base le secret sur la notion d'*ordre public.*

Par une argumentation très suggestive, il nous montre que l'idée de contrat ne peut se soutenir et que le véritable fondement du secret est l'ordre public. Il analyse très finement ce qu'il faut entendre par « Ordre public » et quelle est la complexité de cette notion primordiale de la vie en société.

Le secret n'est pas d'ordre public d'une façon abstraite et absolue. Il est d'ordre public dans tel ou tel cas considéré par rapport à d'autres, — l'ordre public impliquant un conflit de principes, donc un rapport. C'est dire que le secret n'est pas un impératif catégorique et que, dans certains cas, l'ordre public peut imposer sa violation. Mais l'importance même des motifs qui fondent le secret : la sécurité des malades, la liberté du médecin, la protection de la santé et de la vie du groupe, est telle qu'il sera bien rare de trouver des motifs supérieurs à ceux-ci.

M. Jacomet montre que l'étude du secret médical dans le droit comparé et dans la jurisprudence apporte un important soutien à sa thèse.

La façon avec laquelle M. Jacomet envisage l'application pratique de l'article 378 du code pénal est empreinte de clairvoyance, de souplesse et de judicieuse adaptation aux nécessités nouvelles créées par les lois sociales récentes (loi sur les assurances sociales).

Il admet que le secret doit disparaître quand il s'agit de crimes contre la vie (empoisonnement, avortement) et de crimes contre la sécurité de l'Etat. Mais il doit subsister dans les attentats contre la propriété. Le critère qui doit jouer est la défense de la vie humaine par la protection de la santé.

Il condamne la violation du secret dans le cas du mariage et rejette le certificat prénuptial, tel qu'il est conçu dans certains pays. Il s'élève enfin contre la déclaration obligatoire de la tuberculose et de la syphilis et appuie sa thèse sur une argumentation originale et serrée.

Plein d'idées personnelles, ce livre ne manquera pas de susciter un très vif intérêt chez les juristes, comme chez les médecins.

FRIBOURG-BLANC.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Sommeil, par le professeur H. Coutière. *Biologie Médicale,* juin 1932.

Il est assez facile de critiquer les nombreuses théories du sommeil et de dire ainsi ce qu'il n'est pas, mais il est moins commode d'indiquer avec certitude son mécanisme et sa nature. Coutière écarte les opinions finalistes et les problèmes psychologiques qu'elles posent pour s'en tenir aux notions fixées actuellement par l'expérimentation et la clinique, et qui font jouer un rôle dans la question du sommeil aux modifications humorales subies par certaines régions du cerveau. Si l'on admet qu'il est une fonction, le sommeil peut avoir un centre ; on le localise dans le plancher du 3e ventricule ; on l'actionne par les traumatismes, par l'électricité et on suppose que, physiologiquement, il se montre particulièrement sensible aux fluctuations de la teneur du sang en ions calciques et potassiques, et que sa régulation dépend d'un équilibre entre les impulsions contraires du sympathique et du vague.

P. Carrette.

Syndrome narcoleptique et onirique d'origine diencéphalique par Paolo Emilio Maspes (*Rivista di Patologia nervosa et mentale,* janvier 1933).

Importante observation, qui apporte une utile contribution à l'étude de la fonction du sommeil.

Paul Abély.

Recherches chronaximétriques sur les appareils de la sensibilité et optique (chez les sujets sains, fatigués et schizophrènes) (Chronaximatrische Untersuchungen des sensiblen ùnd optischen Apparates (au Gesunden, Errundeters alkoholikern, ùnd Pschizophrenen), par Hanns Ruffin (d'Heidelberg). *Zeitsch. f. d. ges. Feur. ùnd Psych.* 1932. Tome CXL, p. 641 à 656.

Minutieuse étude comportant 270 mesures, au terme de laquelle M. Hams Ruffin conclut que *chez les sujets sains,* les chiffres qu'il a trouvés se sont révélés inférieurs à ceux des autres auteurs (il a trouvé pour la sensibilité des valeurs de 0,02 à 0,032 microfarats à un électrode et de 0,015 à 0,023 à l'autre, et pour l'œil 0,1 à 0,4 microfarats chez les *sujets fatigués, schizophrènes,* et *alcooliques chroniques,* il a trouvé une plus grande variation des valeurs du seuil, surtout chez les alcooliques « frais » et les schizophrènes en état aigu. Dans un cas de schizophrénie aiguë avec hallucinations visuelles intenses, il a mis en évidence une élévation du seuil particulièrement marquée, ce qui (corrélativement aux travaux de Stein) est un appoint important à l'étude non pas *du symptôme hallucination,* mais des *états hallucinatoires.* (Cette dernière réflexion est un commentaire du soussigné).

Henri Ey.

Le réflexe frontal (Der Frontalreflex), par H. FENDEL. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, nº 49, 1932.

L'auteur étudie le réflexe frontal, dont la zone réflexogène est représentée par la peau et le périoste de la région frontale, la voie centripète par le nerf susorbitaire, la voie centrifuge par le nerf facial. L'absence de ce réflexe est observée dans la compression intracranienne, les tumeurs cérébrales, les lésions par tumeur du trijumeau.

E. BAUER.

Réflexe oculo-cardiaque (Reflejo oculocardiaco), par J. M. MILICUA. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVI, nº 3, pp. 61-63, 21 janvier 1933.

Pascalis et Garrelon ont signalé en 1930 une application pratique de la recherche du réflexe oculo-cardiaque qui est la suivante : les individus à réflexe normal supportent en général l'anesthésie préparatoire à une intervention chirurgicale ; ceux qui ont un réflexe anormal, surtout inversé, sont éthéro-résistants, ont un sommeil agité et des accidents secondaires. Ces risques étant connus, peut-on les éviter ? On a préconisé l'injection sous-cutanée de 1 mmgr. d'ésérine. Milicua utilise ce correctif et régulateur du tonus neuro-végétatif et expose les résultats très favorables obtenus par 45 sujets. La plupart ont pu être opérés avec anesthésie locale ; les réactions abdominales ont été neutralisées. L'auteur a acquis la certitude que l'usage de l'ésérine permet d'éviter les redoutables complications pulmonaires post-opératoires.

P. CARRETTE.

La Glossodynie, algie sympathique, par Clément SIMON. *Bulletin de l'hôpital Saint-Michel*, nº 6, p. 424, novembre 1932.

La glossodynie est caractérisée par des douleurs unilatérales de la langue, survenant chez un sujet névropathe, phobique. Le syndrome lingual fixe les préoccupations du malade, qui redoute en général l'avènement d'un cancer. Des points de vue étiologique et clinique, il y a là un état très différent de celui des glossalgies et des glossites. L'examen anatomique ne montre que des lésions minuscules de leucoplasie. Il faut prescrire des soins locaux : lavages de bouche à l'acide borique, au trioxyde de chromium ou cautérisations avec l'acide trichloracétique, surtout pour apaiser le malade ; on complètera ce traitement par la prescription de calmants généraux et d'analgésiques.

P. CARRETTE.

Physiopathologie de l'émotivité. Etat actuel de la question, par L. NEUBERGER. *Biologie Médicale*, juillet-août 1932.

Les notions suivantes semblent acquises dans l'étude de la physiologie pathologique de l'émotivité : déséquilibre sympathique, troubles de la réflectivité mésocéphalique, modifications circulatoires, dysthyroïdie, hyperalcalose sanguine et insuffisance hépatique.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la palilalie (Contribuição ao estudo da palilalia), par Luiz Robalinho Cavalcanti. *Arquivos Brasileiros de Neuratria e Psiquiatria*, nos 10 à 12, pp. 282-288, octobre-décembre 1932.

La palilalie est un trouble de la parole dans lequel 3 fonctions sont altérées : respiration, phonation et articulation. L'état hypertonique qui la provoque se rencontre dans la maladie de Parkinson et dans les états pseudobulbaires. Est-il uniquement lié à une lésion irritative des noyaux gris centraux ? Est-il également sous la dépendance d'un trouble cortical ? Les 3 observations rapportées par l'auteur montrent bien la difficulté d'adopter une conception étiologique et un mécanisme univoques. Tantôt il s'agit d'un trouble qui paraît purement moteur ; tantôt un état émotif spécial intervient. Il est vraisemblable que les voies d'associations centro-corticales sont intéressées dans de telles perturbations. P. Carrette.

Sensibilité et représentations sensibles chez les encéphalites chroniques (Sensibilität und sensible Vorstellungen bei den chronischen Encephaliten), par K. Zucker (Greifswald). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.* 1932. Tome CXL, p. 100 à 123.

Etude très soigneuse et analytique des divers troubles de la sensibilité chez 7 malades. Ces troubles n'étaient pas accusés par les malades et ne se révélaient que par un examen psycho-physiologique très soigneux. Il existait chez le malade le plus complètement étudié une bande médiane d'hypersthésie sur le tronc et la face. Divers troubles de la sensibilité intéressaient l'hémicorps gauche (sensibilité douloureuse, thermique, tactile). Ces troubles étaient différents selon que le malade attendait ou non la sensation (annoncée ou non par la question). Les troubles sensitifs paraissaient devoir être rapportés à des troubles complexes et particulièrement à une grande difficulté d'évoquer les représentations. L'incapacité de se représenter la moitié gauche du corps était évidente, mais disparaissait dès que le sujet se mouvait, comme si le schéma corporel était « activé » par les mouvements. Les mêmes troubles dynamiques moteurs et psychiques se rencontrent dans les autres observations. Les troubles de la sensibilité apparaissent donc à l'auteur comme des perturbations complexes d'équilibres fonctionnels très délicats. Dans ce travail, comme dans d'autres du même auteur, est soulignée l'importance de la notion de perturbation fonctionnelle (Funktionswandel) de Weizsäcker. Henri Ey.

Ophtalmo-encéphalo-myélopathie. (Ophtalmo-encephalo-myelopathy), par S. E. Barrera. *The Psychiatric Quarterly*, juillet 1932.

Les observations se multiplient de scléroses diffuses des centres nerveux évoluant au cours de syndromes mentaux. Il n'est pas rare d'y trouver une étiologie toxi-infectieuse ; parfois le sujet est épileptique, ou la réaction méningée est celle de la syphilis. Dans l'observation présente, après 1 an 1/2 d'évolution d'une démence hébéphréno-catatonique, des signes de dégénérescence ascendante du tractus médullaire firent leur apparition avec des altérations des voies optiques touchant le nerf, les connexions avec les centres, les radiations et le cortex occipital. Ce cas représente une variété de sclérose multiple nosologiquement voisine de la maladie de Schilder. P. Carrette.

Encéphalite aiguë [névraxite], cas clinique (Encefalitis aguda [neuroaxitis]. caso clinico), par José M. Macera et José Pereyra Käfer. *La Semana Médica*, n° 2, pp. 160-162, 12 janvier 1933.

Cette observation est de celles que l'on range dans le groupe d'attente des affections aiguës non suppurées du système nerveux. Il s'agit d'un enfant de 10 ans présentant de la confusion, de l'hypersomnie, des convulsions, des signes pyramidaux et oculo-moteurs avec réaction méningée. Ce cas réalise une des formes intermédiaires de la classification de Wimmer.

P. Carrette.

Le syndrome encéphalo-méningé de la neuro-mélitococcie, par L. Rimbaud et M. Janbon. *La Presse Médicale*, n° 4, pp. 68-71, 14 janvier 1933.

Les complications encéphalo-méningées de la fièvre de Malte sont aujourd'hui connues. H. Roger et Cantaloube en ont donné la description. Rimbaud et Janbon publient des observations nouvelles. Ils notent les caractères suivants : des spasmes vasculaires cérébraux, phénomènes paroxystiques et un syndrome permanent à la fois mental (confusion) et labyrinthique. Les signes méningés et neurologiques ne sont pas spécifiques. Le liquide céphalo-rachidien présente une réaction cyto-albumineuse souvent énorme. Les auteurs tendent à admettre l'hypothèse d'une para-mélitococcie nerveuse.

P. Carrette.

Les encéphalomyélites subaiguës et tardives de la scarlatine, par Ludo van Bogaert, Borremans, Reusens et Rémy Weyn. *La Presse Médicale*, 7 septembre 1932.

Le syndrome nerveux diffus de la scarlatine apparaît comme un mode de la réaction infectieuse secondaire chez un sujet en état d'allergie, incapable d'organiser son immunisation. Les auteurs avouent ignorer les raisons profondes qui fixent cette infection électivement sur le névraxe.

Le diagnostic est parfois rendu difficile par l'atypie des manifestations primaires : absence d'énanthème ou d'exanthème. Ce sont les signes généraux, la desquamation, l'évolution qui permettent d'affirmer la réalité de la scarlatine. Les troubles nerveux constatés de la 3e à la 7e semaine ont eu une évolution rapidement favorable dans 2 cas et dans un autre, ont laissé des séquelles neuro-musculaires fixées depuis plusieurs années.

P. Carrette.

Méningo-encéphalite grippale ; guérison, par Henri Schaeffer. *La Presse Médicale*, 13 août 1932.

Trois ordres de symptômes sont à noter : 1) neurologiques : compressions dans le domaine du facial, irritation pyramidale, parésies ; 2) des signes méningés ; 3) de l'inertie psychique, de la confusion ou de la stupeur. Dans l'état actuel de nos connaissances, il convient de retenir l'étiologie grippale, en raison de l'allure des manifestations infectieuses du début. Les symptômes cédèrent totalement et en 2 semaines. Le traitement par les injections intraveineuses de salicylate de soude, de septicémie et d'électrargol n'était peut-être pas étranger à l'évolution favorable de l'état morbide.

P. Carrette.

A propos des complications nerveuses de la varicelle, par V. Gillot, Ch. Sarrouy et P. Dupuy d'Uby. *La Presse Médicale,* n° 90, pp. 1672-1673, 9 novembre 1932.

L'étude des syndromes neurologiques observés à la suite des maladies infectieuses a fourni, ces dernières années, des documents nombreux sur la symptomatologie, les variétés, le pronostic et les traitements préconisés. Le problème étiologique et pathogénique n'a peut-être pas progressé à la même allure. Les auteurs du présent article attirent l'attention sur ce point délicat et capital. On a dénommé parfois à tort encéphalite scarlatineuse, névrite varicellique des manifestations nerveuses contemporaines d'une fièvre éruptive. Ils rapportent, à l'appui de leur assertion, l'observation d'une enfant qui fut atteinte, à la fin d'une varicelle, d'une paralysie du moteur oculaire commun accompagnée d'autres symptômes de déséquilibre nerveux. Tout rentra dans l'ordre à la suite d'une série d'injections de sulfarsénol, mais un an après le même syndrome neurologique fit son apparition au décours d'une fièvre d'allure grippale et la ponction lombaire permit de découvrir une lymphocytose discrète et une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Il est intéressant d'observer la réactivation récidivante du processus syphilitique chez une héréditaire à la suite d'une infection intercurrente. Les auteurs n'y insistent pas. Le cas leur suggère d'autres remarques. On a cité des cas de paralysies de la 3e paire, imputables à la varicelle, et leur pronostic est en général spontanément favorable ; aussi comprend-on toute l'importance du diagnostic causal, car si c'est de syphilis qu'il s'agit, l'abstention thérapeutique peut avoir des conséquences néfastes.

P. Carrette.

Le cerveau dans la fièvre rhumatismale aiguë. Méningo-encéphalite rhumatismale non-suppurée (The Brain in Acute Rheumatic Fever. Non-suppurative Meningo-Encéphalitis Rheumatica), par N. W. Winkelman et John L. Eckel. *Archives of Neurology and Psychiatry,* t. 28, n° 4, pp. 844-870, octobre 1932.

Les auteurs rapportent 5 observations cliniques et anatomiques. Ils concluent à l'impossibilité d'individualiser le rhumatisme cérébral ; cette tentative paraît vaine à ceux qui comparent, avec l'aide des méthodes histologiques actuelles, l'état du cerveau dans les complications nerveuses du rhumatisme et dans les différentes toxémies : aucune différence, ni grossière, ni microscopique. L'œdème du cerveau joue vraisemblablement un rôle capital ; il contribue, avec l'irritation toxique du courant sanguin, à provoquer l'endartérite des petits vaisseaux. Le tableau anatomique se modifie s'il y a endocardite ; des embolies se produisent et leur forme miliaire réalise un véritable purpura du cerveau. P. Carrette.

Un cas de pellagre (A Case of Pellagra), par E. Barton White et A. L. Taylor. *The Journal of Mental Science.* T. LXXVIII, n° 323, pp. 929-934, octobre 1932.

C'est la troisième observation publiée par les auteurs. Les troubles cutanés, buccaux, gastro-intestinaux s'accompagnent dès la 3e décade d'une véritable folie pellagreuse, dont le syndrome se rattache cliniquement au type

hébéphréno-catatonique. Le refus d'aliment complique rapidement le pronostic et la cachexie survient. L'examen anatomique du système nerveux, dans le cas présent, montre des lésions prédominantes dans la moelle ; elles consistent dans un processus de démyélinisation, par petites aires nombreuses dans les cordons de Goll et les colonnes antéro-latérales. Le régime alimentaire à instituer utilisera largement la viande, le lait et les aliments hydro-carbonés.

P. CARRETTE.

Études sur les relations étiologiques entre les troubles somatiques et psychosiques de l'anémie pernicieuse. Revue critique avec observations. (Studies of the Etiological Relationship between the Somatic and Psychotic Disturbances in Pernicious Anemia. A Critical Review with Case Reports), par A. W. HACKFIELD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, juillet 1932.

Le travail de Hackfield combat l'opinion, souvent défendue aujourd'hui, qui admet la possibilité de troubles psychiques directement provoqués par l'anémie pernicieuse. Pour l'auteur, ces troubles mentaux évoluent pour leur propre compte chez des prédisposés, déjà anormaux ; ou alors, ils réalisent un état de dépression passagère et légitimée par la maladie causale. Hackfield apporte les arguments suivants : la psychose se développe souvent tandis que l'anémie pernicieuse s'améliore et guérit grâce à l'organothérapie hépatique de Minot-Murphy ; il n'y a pas de parallélisme entre les troubles somatiques et mentaux ; on ne peut établir la réalité d'une intoxication spécifique du système nerveux et l'examen histologique effectué dans les cas mortels ne montre pas de lésions spéciales méningo-encéphaliques.

P. CARRETTE.

L'asthénie chronique séquelle, par R. BENON. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie,* Vol. XXXI, fasc. 2.

L'asthénie chronique séquelle est l'asthénie qui fait suite à une maladie aiguë quelconque et qui ne guérit pas ; c'est l'asthénie chronique post-infectieuse, posttraumatique, posthémorragique, postopératoire, c'est l'asthénie chronique après surmenage, après insolation, après intoxication, etc. Cette forme d'asthénie, améliorable, mais incurable, est d'observation courante. Elle ne s'accompagne pas de lésions histologiques connues à ce jour. Elle relève peut-être de troubles chimiques ou physiques, mais ceux-ci nous échappent encore. Elle représente avec l'asthénie périodique les 2 seules maladies asthéniques.

E. BAUER.

Coccidiose encéphalique (Coccidiosis encefalica), par Wenceslao LÓPEZ ALBA. *La Medicina Argentina,* nº 125, pp. 1573-1583, octobre 1932.

On connaît bien le cycle des coccidies par leurs localisations humaines dans l'intestin, le foie, la plèvre, le rein et les muscles. Depuis quelques années, on a décrit une nouvelle maladie du cerveau produite par le « Coccidium encephalicum », grâce surtout aux observations faites dans les provinces de Burgos et de Logroño. Les symptômes neuro-psychiatriques n'ont

évidemment rien de spécifique. Il importe avant tout de fixer le diagnostic biologique par l'examen des fécès (méthode de Lane et coproculture) et la recherche des corpuscules oviformes. L'hypertension intracranienne conduira au prélèvement du liquide céphalo-rachidien pour faire la preuve de l'éosinophilie et le cultiver en milieu de Sabouraud (gélose peptonée et glucosée) afin de mettre en évidence les différentes mycoses.

P. Carrette.

Les rapports des ulcérations gastriques avec les altérations du système nerveux central, par A. Ravina. *La Presse Médicale*, nº 5, pp. 96-99, 18 janvier 1933.

Les observations de Cushing et de Martel, relatant la découverte d'une symptomatologie gastrique brutale, à la suite d'intervention chirurgicale sur le système nerveux central, posent un problème étiologique du plus haut intérêt. Tantôt il s'agissait de signes d'ulcère gastrique ou duodénal, tantôt d'une péritonite ; parfois aussi, les faits concernent des trouvailles d'autopsie. D'autre part, l'expérimentation sur l'animal a permis de préciser le mécanisme de certaines lésions gastriques. Ravina rappelle que le système parasympathique, fortement influencé par les excitations corticales ou psychiques, possède des centres à la base du cerveau, dont les fibres descendantes, libérées par paralysie des antagonistes, peuvent déclancher l'hyperchlorhydrie et l'hypermotricité stomacale. Les spasmes locaux amenant l'ischémie, favoriseraient l'action irritante d'un suc hyperacide.

Ces considérations évoquent tout naturellement le problème du rôle des états affectifs dans les troubles digestifs chroniques. Chez les sujets vagotoniques, les émotions, le surmenage, produiraient à la longue une excitation analogue à celle des lésions traumatiques sur le trajet cérébral du parasympathique. Les fibres les plus importantes de ce système iraient du centre (dans la région tubérienne), au noyau du pneumogastrique. On peut imaginer, — en s'en tenant à ce groupe étiologique qui ne saurait englober toute l'histoire des ulcérations gastriques, — que le traumatisme opératoire produit un résultat analogue aux chocs émotifs et aux excitations expérimentales par les injections intra-ventriculaires de pilocarpine ou d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

P. Carrette.

Les troubles vasculaires périphériques dans la maladie de Basedow, par Marcel Labbé, L. Justin-Besançon et P. Soulié. *Nutrition. Annales Cliniques, Biologiques et Thérapeutiques*, G. Doin et Cie Editeurs. Tome II, nº 3, 1932.

Le pouls basedowien est caractérisé par la rapidité et l'éréthisme. La tension est instable et liée à l'extrême inégalité du tonus neuro-végétatif. L'amphotonie et l'asymétrie marquent l'état vaso-moteur. La tension veineuse est généralement élevée. Ces manifestations ne sont cependant pas toujours liées à la maladie de Basedow et les auteurs insistent sur le fait qu'elles réalisent parfois des syndromes associés avec des prédominances symptomatiques tels que : l'acrocyanose, l'érythromélalgie, la maladie de Raynaud. Les spasmes vasculaires, assez fréquemment signalés chez les basedowiens, commandent la prudence dans l'emploi thérapeutique des vaso-constricteurs et les œdèmes retiennent l'attention sur la notion d'insuffisance ovarienne.

P. Carrette.

Sur la transmission de la chorée de Huntington pendant 300 ans. Le groupe familial de Bures (On the Transmission of Huntington's Chorea for 300 Years. The Bures Family Group), par P. R. Vessie. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. 76, n° 6, pp. 553-573, décembre 1932.

La chorée de Huntington est souvent donnée comme type d'affection à hérédité similaire. Son diagnostic se retrouve fréquemment dans la liste des maladies pour lesquelles les sociologues préconisent la stérilisation.

En 1636, trois émigrés anglais, atteints de chorée chronique, partis de Bures (Suffolk), avec leurs femmes, débarquaient aux Etats-Unis. Il a été possible de retrouver dans leur descendance la transmission du syndrome de Huntington pendant 3 siècles jusqu'à l'époque présente. Cette enquête généalogique permet de reconnaître toutes les variétés de troubles psychiques signalées au cours de la chorée chronique. Dans leur ensemble, ils montrent que le choréique est un dégénéré social profondément taré. Les cas les plus récents ont fait l'objet de recherches anatomiques. S'il est encore impossible d'affirmer que la lésion initiale siège dans le corps strié ou dans le cortex, du moins le mécanisme apparaît-il nettement : les grosses cellules du globus pallidus, dont l'activité est normalement freinée par les petites cellules néostriées, subissent une excitation de leurs fonctions motrices incoordonnées du fait de l'atrophie élective de ces dernières.

P. Carrette.

Le syndrome d'éréthisme impulsif (dranghafte Erethie) chez l'enfant, par Hans Heinze (Leipzig). *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 469 à 489

Travail effectué dans le service de Schröder et basé sur 5 observations détaillées. Il s'agit, contrairement à ce que pensent Kramer et Pollnov, d'un syndrome que l'on rencontre fréquemment après l'encéphalite et quelquefois chez des enfants épileptiques (19 épileptiques sur 45 cas observés), ou choréiques, et non pas d'une affection autonome. L'hyperkinésie occupe le premier rang. Il existe une débilité mentale superposée à la débilité motrice. Les troubles de l'acquisition du langage, notés par Kramer et Pollnov, n'ont pas été retrouvés.

Henri Ey.

Au sujet de la conception de l'épilepsie idiopathique (Zur Auffassung der genuinen Epilepsie), par G. Stertz. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 23.

L'épilepsie idiopathique n'est pas un cadre nosologique provisoire en attendant son démembrement complet, c'est une entité morbide réellement existante, autonome, une affection endogène liée à un système fonctionnel bien déterminé, bien qu'encore mal connu. Son diagnostic repose sur des éléments positifs, et ne doit pas être fait uniquement « par exclusion ». Les recherches sur l'hérédité aboutissent à des résultats plus concluants, si on admet la parenté avec la constitution épileptique, de la dipsomanie, de la pyknolepsie, de certaines psychopathies dites épileptoïdes, de « l'affect-épilepsie », de la migraine, etc. Les problèmes anatomo- et physio-pathologiques de l'épilepsie idiopathique et de ses paroxysmes dépassent le domaine de la corticalité cérébrale. Des travaux divers ont démontré le rôle possible des voies extra-pyramidales, des centres végétatifs méso- et diencé-

phaliques, de l'appareil endocrinien. Une thérapeutique causale rationnelle ne peut être envisagée en l'état actuel de nos connaissances ; la meilleure méthode à poursuivre, c'est la prophylaxie par l'eugénique.

E. Bauer.

Le problème de la classification des formes d'épilepsie (Des Problem der Klassifizierung der Epilepsieformen), par E. M. Steblow (de Leningrad. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1932, tome CXLII, p. 335 à 350.

Mise au point critique du problème de l'épilepsie envisagé particulièrement sous son aspect pathogénique (rôle respectif de l'écorce et des formations striées).

Henri Ey.

Trauma Capitis et Epilepsie (Trauma Capitis and Epilepsy), par H. I. Schou. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. VIII, fasc. 1 et 2, pp. 75-78. Rapports du 6e Congrès des Neurologistes Scandinaves, Copenhague, 24-26 août 1932.

L'épilepsie post-traumatique est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admettait jadis. L'expérience clinique, les interventions chirurgicales et les résultats d'autopsie ont permis d'établir que la période latente peut être prolongée, dépasser 10 ans, que ce sont les fractures de la région fronto-pariétale qui fournissent l'étiologie la plus fréquente. Les convulsions sont généralisées d'emblée dans la moitié des cas et 50 0/0 des formes jacksoniennes se généralisent ensuite.

P. Carrette.

Hémorragie bilatérale des surrénales cause de mort subite dans l'épilepsie. (Bilateral Suprarenal Hemorrhage as a Cause of Sudden Death in Epilepsy), par Legrand A. Damon. *The Psychiatric Quarterly*, juillet 1932.

C'est une éventualité assez rarement constatée pour mériter une description. A l'autopsie, les 2 capsules surrénales étaient congestionnées, l'architecture normale bouleversée par le sang extravasé et les veines thrombosées. Ces lésions, d'origine vasculaire, peuvent être l'aboutissant des affections cardio-pulmonaires et des états convulsifs par les alternatives de stagnation veineuse et de poussées brusques hypertensives.

P. Carrette.

Un cas d'épilepsie avec claudication intermittente. Contribution à l'étude des troubles végétatifs dans l'épilepsie, par J. Pinczewski. *Neurologja Polska*. T. XV, nos 1, 2, 3, 4, 1932.

Le malade présente des crises jaksoniennes de la moitié droite du corps et des troubles artériels de l'extrémité du membre inférieur droit : arrêt des pulsations de la tibiale et de la pédieuse, absence d'oscillations de l'appareil de Pachon. Dans l'étiologie de la claudication intermittente, il faut faire intervenir l'hyperexcitabilité vaso-motrice et la diminution de perméabilité vasculaire. Chez le malade observé par Pinczewski, les centres vaso-moteurs commandant le côté droit subissent une excitation plus intense qui conduit à une altération permanente dans les vaisseaux de la jambe droite et la faible perméabilité s'ajoute au premier facteur, probablement du fait d'une hypoplasie que semble démontrer l'insuffisance de l'index oscillométrique existant même du côté sain.

Ainsi les troubles neuro-végétatifs déjà si caractéristiques dans la forme banale de l'épilepsie peuvent s'exaspérer — rarement il est vrai — en une névrose vaso-motrice vraie créant, là une maladie de Raynaud, ici une claudication intermittente.

P. CARRETTE.

Épilepsie avec symptômes en foyer et tumeur cérébrale dans l'hypertension, (Epilepsia con sintomas de foco y tumor cerebral sin hipertension), par Roque ORLANDO et Miguel J. KUHN. *Archivos Argentinos de Neurologia*, août 1932.

A la suite d'un traumatisme cranien, le sujet observé présente des troubles mentaux, puis une hémiparésie à développement progressif et des attaques épileptiformes. La mort survient dans un état démentiel à la suite de crises subintrantes. Il s'agit d'un gliome cortical typique avec sclérose de la corne d'Ammon. L'absence d'hypertension s'explique par la lenteur de l'évolution qui a permis la dilatation compensatrice du ventricule latéral opposé à l'hémisphère où siège la lésion.

P. CARRETTE.

Les abcès du cerveau post-traumatiques tardifs. Un cas d'abcès du cerveau provoqué par le colibacille, par L. E. BREGMAN. *Neurologja Polska*, T. XV, nos 1, 2, 3, 4, 1932.

Des traumatismes du crâne, — fractures, pénétration d'une balle — peuvent, plusieurs années après la blessure, être responsables de syndromes encéphaliques infectieux. Les deux cas observés par Bregman sont des plus suggestifs. Il s'agit d'abcès volumineux du cerveau révélés par des signes neurologiques nombreux et des troubles psychiques. Il n'est pas douteux que ces accidents doivent être attribués à un fléchissement organique général avec localisations lésionnelles dans un cerveau rendu fragile par des désordres anciens. La preuve de cette conception est fournie, dans l'un des cas, par l'examen du pus, qui montre la présence du bacterium coli, drainé par le sang hors des régions où il vit normalement en saprophyte.

P. CARRETTE.

Fréquence avec laquelle les tumeurs en différentes régions du cerveau produisent certains symptômes (Frequency with Which Tumors in Various Parts of the Brain Produce Certain Symptoms), par Frederic Andrews GIBBS. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. 28, no 5, pp. 969-989, novembre 1932.

L'auteur a établi une statistique des symptômes les plus fréquemment observés dans les tumeurs cérébrales. La grosse majorité des quelque 1.500 cas est fournie par le service de Harvey Cushing. Des signes tels que l'aphasie, le nystagmus, les hémorragies reviennent comme éléments de vérification du diagnostic en accord avec les notions courantes. Par contre, certaines remarques sont assez imprévues ; ainsi les convulsions généralisées sont moins fréquentes dans les compressions du cortex moteur que dans les tumeurs temporales ; les hallucinations visuelles ne sont pas plus souvent observées dans les compressions occipitales que dans celles d'autres zones corticales ; les tumeurs centrales et de la région pinéale s'associent fréquemment à des symptômes couramment observés dans les lésions ven-

triculo-hypophysaires sans qu'on puisse affirmer que cette association soit le fait de l'hydrocéphalie interne. Notons encore que les vomissements ne sont pas invariablement liés à l'hypertension et que les tumeurs qui bloquent le système ventriculaire ne provoquent pas électivement la stase papillaire.

P. CARRETTE.

Étude sur les tumeurs du lobe frontal. (Ueber Tumoren des Frontallapens) par PINES et SKIARTSCHACK. *Monatsschrift für Psychiatrie*, Vol. 84, fasc. 1-2, 1932.

Les auteurs ont observé 10 cas de tumeur du lobe frontal, 4 localisées au lobe frontal droit, 3 du lobe frontal gauche, 4 bilatérales. Au point de vue histo-pathologique il s'agissait de méningiomes, d'endothéliomes, de gliosarcomes. Les diagnostics les plus variés avaient été portés avant la découverte de la tumeur : épilepsie, hystérie, neurasthénie, paralysie générale, psychoses. Les symptômes les plus fréquemment observés ont été : céphalées, vomissements, affaiblissement visuel, paralysies faciales centrales, aphasie motrice, crises épileptiformes, troubles statiques, troubles psychiques, inégalité pupillaire dans 4 cas, troubles sphinctériens avec émission involontaire des urines et des matières. Les troubles psychiques sont très variables, au début ils prêtent quelquefois à confusion avec la paralysie générale.

E. BAUER.

Tumeurs du troisième ventricule (Tumors of the Third Ventricle), par S. S. ALLEN et H. W. LOVELL. *Archives of Neurology and Psychiatry*, t. 28, n° 5, pp. 990-1006, novembre 1932.

Allen et Lovell publient 8 observations nouvelles. Ils signalent notamment la rareté du diagnostic de tumeur de la portion postérieure, la fréquence de la mort subite et la possibilité d'erreur résultant de l'association des signes habituels avec des symptômes cérébelleux. Le diagnostic clinique se base sur l'œdème papillaire, l'hypersomnie, les troubles oculomoteurs, pupillaires et végétatifs, la précocité du développement sexuel. La ventriculographie fournit un élément précieux de probabilité.

P. CARRETTE.

Le « cours » du langage chez les aphasiques, par Robert KLEIN (de Prague). *Zeitschrift für die g. Neurologie et Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 156 à 180.

Analyse de deux cas d'aphasie. Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme présentant une aphasie de type moteur sans syndrome neurologique : il y a inhibition des fonctions verbales, « aphasie pseudo-motrice ». — La deuxième observation est celle d'un homme de 53 ans, syphilitique, qui a présenté une aphasie à type logorrhéique. Ce qu'il y avait de commun à ces deux syndromes, c'était le déficit du matériel verbal. Tel est en effet la forme du trouble aphasique. Cependant, l'intensité de ce trouble était plus grande dans le premier cas que dans le deuxième. Dans les deux cas, il existait au premier plan une incompréhension du langage et corrélativement des troubles paraphasiques du langage spontané et de la parole répétée. Les deux observations se distinguent et peut-être s'opposent quant à « l'activation », au mode d'utilisation du matériel verbal. Chez l'un, il n'y a aucune construction verbale, aucune préparation de la phrase et

même du mot, mais chez l'autre, il n'y a qu'expression verbale sans langage intérieur préparatoire, c'est-à-dire sans direction. A cette opposition — bien classique ! — s'ajoute une distinction des facteurs statiques (irréductibles à un trouble mnésique) et dynamiques des troubles du langage. A propos de l'analyse du deuxième malade, Klein touche à un problème très intéressant : les relations des troubles aphasiques et des troubles du langage dans les psychoses. Notons également dans cet article l'importance que conserve toujours dans beaucoup de pays la notion d'aphasie de conduction (transcorticale). Naturellement, aucun travail français n'est cité.

Henri Ey.

Points de vue de Henry Head sur les Aphasies (Puntos de vista de Henry Head sobre las Afasias), par Manuel Ortiz. *La Médicina Argentina*, août 1932.

Les conceptions de l'aphasie ont passé par 4 phases depuis 1860. Ce fut d'abord la description de Broca, celle de l'aphasie totale ; puis celle de la forme sensorielle, sans l'anarthrie, c'est-à-dire l'aphasie de Wernicke. La 3e phase est représentée par les études de Pierre Marie qui permettent une interprétation des faits précédemment acquis basée sur la conception des 2 types d'aphasie : motrice et sensorielle et sur la signification des zones du cortex considérées comme centres du langage avec leur système de coordination.

Les travaux de Head (Aphasias and kindred disorders of the speech), qui ouvrent la phase la plus récente, forment un ensemble de points de vue psychologiques destinés à éclairer le mécanisme des aphasies par un essai sur l'intégration et la désintégration du langage. L'exploration s'effectue au moyen de tests : reconnaissance du nom des objets, des couleurs, interprétation des images, utilisation commune, tentatives de répétition et d'imitation. Head décrit ainsi l'évolution de l'expression de la pensée à partir de la première enfance, puis sa pathologie. Il distingue 4 types de troubles du langage : une aphasie verbale, altération de la forme des mots ; une aphasie syntactique correspondant à l'agrammatisme de Pick, défaut du rythme qui conduit à la paraphasie, à la jargonaphasie ; une aphasie nominale, forme amnésique de Pitres, caractérisée par la perte plus ou moins étendue du vocabulaire, enfin l'aphasie « sémantique » celle qui exprime un trouble de la coordination une absence de la continuité des images et évoque le mieux la notion d'affaiblissement psychique chez l'aphasique.

P. Carrette.

Le problème des névroses à la lumière des données cliniques modernes, par le prof. H. F. Hoffmann (Tübingen) *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie*, 1932, Tome CXLI, p. 267 à 276.

Névroses et affections fonctionnelles sont considérées comme synonymes. Cela est-il bien légitime ? Nous ne devons parler de névroses que lorsqu'il y a des racines psychogénétiques et de troubles fonctionnels que lorsqu'il y a labilité. *Kahn*, dans le traité de Bumke, dit que toutes les névroses prennent naissance dans l'édifice même de la personnalité, elles représenteraient une sorte de *système de finalité*, de désirs, de tendances de l'indi-

vidu ou de la collectivité, en relation avec les conflits personnels et sociaux. Ces conflits, qui siègent au cœur de la névrose, ont un caractère spécifique.

Quant à la question de savoir si la névrose dépend d'événements extérieurs ou de la structure névrotique de la personnalité, elle est différemment tranchée par les auteurs. Les recherches biologiques de J.-H. Schultz et morphologiques de Kretschmer sont prises en considération. Mais ce qu'il importe avant tout de connaître dans l'étude des névroses, c'est la structure psychique des névrosés. A côté des particularités statiques des dons et du ton psychique fondamental, les facteurs dynamiques du développement du caractère sont d'une particulière importance. Les idées de Klages, de O. Kant, de Birnbaum, etc, sont rapidement passées en revue pour montrer l'importance thérapeutique de telles études caractérologiques.

Henri Ey.

L'hystérie. Son rôle, sa clinique en neurologie contemporaine, par Noël Péron, médecin des hôpitaux. *Encéphale*, n° 4 (consacré à l'Hystérie), avril 1933, p. 302.

Il ne s'agit pas d'une aride revue générale de la question si complexe de l'hystérie, mais d'une très profitable énumération des manifestations neurologiques de cette névrose, que l'auteur a le plus fréquemment observées au cours de ces dernières années dans les services du Professeur Guillain, à la Salpêtrière. Les paralysies diverses, la catalepsie, les mouvements involontaires, l'anorexie hystérique, peuvent facilement donner lieu à des erreurs de diagnostic, susciter des traitements inutiles et souvent néfastes.

Après avoir donné un aperçu des multiples problèmes légaux et sociaux soulevés par l'hystérie, l'auteur termine son article en rappelant les règles essentielles du traitement de cette affection.

Roger Anglade.

Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie, par J. Pavlow. *Encéphale*, n° 4, avril 1933, p. 285. N° consacré à « Hystérie ».

M. W. Drabovitch a traduit l'important travail du Professeur Pavlow sur « l'interprétation physiologique de la symptomatologie de l'hystérie » (Léningrad, 1932, *Ed. de l'Ac. des Sciences*) et en donne un très remarquable résumé.

Après un bref rappel des lois fondamentales de la réflexologie, l'auteur montre que sa doctrine des réflexes conditionnels permet d'expliquer d'une manière satisfaisante la plupart des manifestations de l'hystérie. La faiblesse du système nerveux, la fragilité du cortex chez les hystériques sont généralement admis ; or, l'activité normale de l'écorce, activité de synthèse et d'analyse au moyen des réflexes conditionnels et de leurs systèmes, provoque une induction négative dans les centres sous-corticaux, ne libérant électivement que ceux dont le fonctionnement est rendu nécessaire par les circonstances. Par contre, l'inhibition de l'écorce induit l'excitation de l'activité sous-corticale. On peut donc prévoir déjà chez les hystériques l'apparition facile, soit d'accès affectifs ou convulsifs, soit de manifestations d'automatisme, en rapport avec la localisation, le degré de l'intensité et le déplacement de l'inhibition dans l'écorce.

Une inhibition corticale forte s'irradie à toute l'écorce et peut provoquer le sommeil. Une tendance, un besoin, un désir partant des régions sous-

corticales, charge fortement le point correspondant de l'écorce et, étant donné la faiblesse de celle-ci, provoque tout autour une induction négative (inhibition), qui irradie plus ou moins et peut expliquer l'absence de contrôle, l'impulsivité, l'émotivité des hystériques ; pareillement, par un processus d'inhibition généralisée, peuvent s'expliquer la suggestibilité, l'auto-suggestibilité..., etc.

Nous nous excusons de ne donner qu'un si bref résumé de ce travail, qui mériterait assurément une plus consciencieuse analyse, qui mérite surtout d'être lu en entier.

Roger Anglade.

Théories psychophysiques dans la conception de l'Hystérie, par le Prof. E. Bleuler. *Zeitschrift für die g. Neurologie und Psychiatrie,* Tome CXLI, p. 489 à 509 (1932).

Kinnier Wilson a récemment (1930) défendu une théorie purement physiologique de l'hystérie. Les symptômes hystériques constituent des symptômes aussi neurologiques que le signe de Babinski. La conception de Wilson procède d'une conception dualiste, qui sépare le corps de l'esprit. C'est par elle seule que peut prendre un sens sa psychophobie. En fait, il y a identité du psychisme et des fonctions cérébrales. Les maladies mentales sont des maladies cérébrales dans ce sens. Il n'y a entre l'activité psychique et la fonction cérébrale que la différence du point de vue auquel on se place pour considérer une seule et même chose. Dès lors, l'âme (Psyche) n'est pas plus mystérieuse qu'une fonction physiologique ou un objet quelconque, — ni moins. Le passage de l'acte matériel : pensée (Denken) à l'acte spirituel : conscience est assuré par la notion même de *mémoire* selon le mnemisme bleulérien (exposé dans *Naturgeschichte des Seelen*). — La « Psyche » est, dans ses fonctions les plus élevées, un ensemble de tendances qui entrent en concurrence, tel est l'aspect *volonté*. L'unité psychique est en fait un équilibre de forces contraires, de motifs dont l'existence inconsciente est nécessaire à la compréhension des psychoses. Quant à savoir si l'hystérique ne veut pas ou ne peut pas faire autrement que de réaliser le symptôme, c'est une question oiseuse et insoluble. Certaines tendances veulent, d'autres ne veulent pas. Pour Wilson, la conception de l'hystérie serait claire. L'hystérique, par exemple, incapable de faire un mouvement à la suite du renforcement du tonus antagoniste, ne peut pas le « désinhiber ». Il s'agirait ainsi d'un trouble très analogue à celui d'une paralysie périphérique. En fait, les choses ne sont pas aussi simples. Un eczémateux qui ne veut pas se gratter et se gratte ne peut-il pas s'empêcher de se gratter, ou ne veut-il pas s'empêcher de se gratter ? Pour qui considère l'esprit comme un groupement fonctionnel, la distinction entre ne pas vouloir et ne pas pouvoir est purement relative. Dans la conception de Wilson, les divers appareils corticaux sont isolés et ne travaillent plus en liaison « intelligible ». Il s'agit d'une représentation structurale et statique de cette dissociation qui, en réalité, est une désagrégation fonctionnelle déterminée par les tendances inconscientes et conscientes. Dans une telle conception, il n'y a aucune différence essentielle entre le « psychique » et le « cortical » car notre « âme » est elle-même un complexe de fonctions corticales. La disposition hystérique et la plupart des symptômes hystériques ne sont pas des symptômes physiques *ou* psychiques, ils sont les deux à la fois. On reconnaît là le trait général de la psychopathologie

bleulérienne. La notion de volonté y apparaît comme une résultante, celle d'automatisme (nous l'avons, nous-même, souligné dans un travail sur ce point) comme essentiellement ambiguë, admettant une psycho-génèse et une physiogénèse qui se confondent dans une même notion, celle d'une dissolution fonctionnelle entraînant à la fois une incapacité et une tendance affective (ne pas pouvoir et ne pas vouloir).

Henri Ey.

Sur un cas d'amnésie hystérique rétrograde avec quelques réflexions sur le mécanisme de l'hystérie, par le professeur G. Marinesco, membre associé de l'Académie de Paris et Mme Marie Nicolesco, assistante à la clinique des maladies du système nerveux (avec 4 planches hors textes). *Encéphale*, avril 1933, p. 257.

Une jeune fille de 23 ans, intelligente, instruite, fait plusieurs hémoptysies qui l'impressionnent. Elle se déprime, se montre nerveuse et, à la suite d'une ponction pleurale pour pneumothorax, tombe dans un état de sommeil profond qui dure six heures. Au réveil, elle présente une amnésie rétrograde complète. On dut lui réapprendre à lire, à écrire, à se servir d'objets usuels. A cette amnésie succéda bientôt une hypermnésie remarquable qui permit une très rapide rééducation. On ne relevait chez elle aucuns signes de la série organique, aucuns stigmates non plus d'hystérie. Comment expliquer le mécanisme de cette amnésie ? S'est-il agi de manifestations d'inhibition à point de départ pleural, d'embolies gazeuses, d'une névrose traumatique ? Les auteurs inclinent à penser qu'il s'est agi de manifestations hystériques et nous fournissent avec précision les raisons qui les ont autorisés en l'absence de stigmates nets de la névrose, à poser ce diagnotic.

Suivent de très intéressantes considérations sur le mécanisme physiologique de l'hystérie, que les remarquables travaux de Pavlow et de ses élèves paraissent pouvoir expliquer. Le Professeur Marinesco, qui s'intéresse depuis plusieurs années à cette question (voir *Rev. neur.*, juin 1931, Hystérie et réflexes conditionnels), pense que dans l'hystérie, la perturbation de l'induction réciproque a pour conséquence l'irradiation des phénomènes d'inhibition à toute l'écorce. Dans le cas particulier de cette jeune fille, la ponction pleurale a provoqué une inhibition de tous les réflexes conditionnels, qui a envahi l'écorce cérébrale. La rééducation servant d'excitant a réveillé les traces de l'expérience antérieure, permettant à la malade de se faire une nouvelle vie psychologique.

Et quant à l'hypermnésie, elle pourrait s'expliquer par la désinhibition des centres, dont la fonction avait été momentanément suspendue et aussi par les phénomènes d'induction réciproque qui provoquèrent une exaltation de l'excitabilité corticale.

Roger Anglade.

Le mécanisme psycho-physiologique d'un cas d'aphasie pithiatique. Son origine fonctionnelle indépendante de la suggestion, par A. Rouquier, professeur agrégé au Val de Grâce. *Encéphale*, nº 4, avril 1933, p. 294.

L'auteur a observé un cas d'aphasie ou plutôt d'aphonie du type pithiatique, survenu chez un jeune soldat de 22 ans, à la suite d'un choc émotivo-affectif violent. Cette aphonie fut assez rapidement guérie par rééducation simple. Au bout d'une dizaine de jours, le malade put parler correctement,

il subsista seulement pendant quelques jours d'importants troubles de la mémoire du type amnésie de fixation et amnésie rétrograde, et un certain degré de bradypsychie. Le malade se présenta alors comme un confus convalescent, chez lequel persistent quelques séquelles dans la sphère intellectuelle.

Le traitement par suggestion fut sans effet chez ce malade et l'auteur se demande si, dans ce cas, il ne s'est vraiment agi que de manifestations purement fonctionnelles. Une légère hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, une inégalité pupillaire qui disparut avec l'aphonie, ne plaideraient-ils pas en faveur de l'intervention possible d'un facteur organique léger ? Ces troubles dits fonctionnels n'auraient-ils pas été conditionnés par une modification dans le fonctionnement des cellules nerveuses absolument indépendantes de la suggestion ?

Roger ANGLADE.

PSYCHOLOGIE

L'expression de la peur, par Georges DUMAS, avec trois planches hors texte. (*L'Encéphale*, janvier 1933, n° 1, page 1).

L'auteur distingue une expression passive et une expression active de la peur. L'expression passive en rapport avec des phénomènes d'inhibition se traduit par un relâchement général de la musculature du visage et du corps, d'où pour le visage : élargissement des fentes palpébrales, « creusement des joues », chute de la mâchoire inférieure ; et pour le corps : hypotonie des muscles qui assurent la station, pouvant entraîner le déséquilibre et la chute. Il y a non seulement disparition passagère de l'innervation volontaire mais disparition du tonus et des contractions permanentes que le tonus réalise.

La pathologie nerveuse confirme le caractère mécanique de ces manifestations ; certains visages de pseudo-bulbaires offrent l'expression de la peur passive et ce, par suite de l'hypotonie faciale, conséquence des lésions centrales bilatérales.

L'expression active de la peur se manifeste différemment suivant qu'il s'agit d'une appréhension, d'une crainte ou d'une peur « réalisée ». Dans le premier cas, on observe une simple contraction des sourciliers ; dans le second, il se produit une contraction très énergique des frontaux, qui provoque autour de chaque orbite des rides concentriques et aussi une rétraction des commissures labiales en arrière et en bas, sous l'influence des contractions des peauciers du cou. Il paraît s'agir de réactions de défense. Pour ce qui est des gestes associés à l'expression de la peur : fuite, gestes de protection, d'imploration, de soumission, il semble qu'on doive les considérer, les uns comme des gestes intentionnels et mimiques « sur lesquels la coutume et l'usage ont prise », les autres comme des gestes instinctifs.

La couche optique « qui paraît régler la chronaxie des centres neuromoteurs » pourrait jouer son rôle dans la production de ces attitudes, de ces mouvements qui accompagnent la peur : « Les perturbations émotionnelles des couches optiques peuvent introduire des perturbations corrélatives, soit dans les attitudes, soit dans la conduction des mouvements. Plus la perturbation serait grande, plus la désharmonie serait marquée. ».

Roger ANGLADE.

Psychologie et psychopathologie des processus pulsionnels et volontaires (Zur Psychologie und Psychopathologie der Willenserlebnisse), par Kurt Schneider (de Münich). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.* 1932. Tome CXLI, p. 351 à 363.

M. Kurt Schneider se réfère aux analyses de Max Scheler et à la caractérologie de Klages. L'étude de processus pulsionnels (de la sphère des tendances, pourrions-nous dire) doit distinguer la tendance pulsionnelle générale de tous les faits de conscience, les pulsions vitales et les pulsions spirituelles (seelischen). Phénoménologiquement parlant, toute pensée comporte une *attitude pulsionnelle.* Le « s'arrêter là », le « laisser-penser » sont de semblables attitudes concrètes impliquées dans tout acte psychique. Les *pulsions vitales* sont constituées par la masse des instincts généraux proprement biologiques et des tendances réactionnelles qualifiées. Avec *Seifert,* il faut admettre des *pulsions spirituelles,* les pulsions « du cœur » qui commandent des directions de comportement proprement éthiques sans intérêt vital et paraissent à l'auteur irréductibles aux précédentes. Il n'y a de volonté que lorsque, entre deux pulsions, entre la tendance et la contre-tendance, il y a choix et décision. La volonté se présente comme un pur acte qui peut permettre de refuser le passage de la puissance à l'acte. Dans le domaine pathologique, les états impulsifs morbides sont : 1° soit des *états d'impulsivité générale* (hyperthymiques, agités) ou de défaut d'activation pulsionnelle ; 2° soit des sujets dont les *pulsions vitales* sont perturbées (dipsomanie, impulsivité des encéphalites) ; 3° soit des psychopathes (névrosés, schizophrènes) qui ont des troubles de leurs tendances spirituelles. Pour l'auteur, l'impulsif, l'homme livré à ses instincts est un concept plus sociologique que psychologique. Il y a une différence entre l'impulsivité et l'obsession, c'est celle qui sépare la décharge de la défense. Il y a donc à ses yeux — et nous le soulignons volontiers — une différence importante entre l'impulsion-décharge et l'obsession-impulsion. La psychopathologie de la volonté ne peut être que « formelle », sa matière, son contenu lui venant des pulsions elles-mêmes.

Henri Ey.

Les retards de la parole, par Mlle Suzanne Borel. *La Presse Médicale,* n° 1, pp. 9-10, 4 janvier 1933.

Il y a des enfants, simples retardés de la parole, qui n'ont à la base de leur trouble, ni désordre organique, ni arriération mentale générale. Mlle Borel étudie les phases du développement du langage. Elle distingue classiquement 4 phases : celle des mots isolés, celle des mots juxtaposés, celle des propositions indépendantes et enfin celle des phrases subordonnées, qui aboutit au stade scolaire. Le retardé de la parole omet les consonnes finales, simplifie les phénomènes complexes et ne possède qu'une syntaxe rudimentaire, mais il n'a pas de troubles laryngés, ni linguaux, pas d'écholalie, ni d'incohérence. Rectifier ses erreurs dès l'enfance est un travail des plus simples ; il suffit de faire répéter les mots correctement. Plus tard, les mauvaises habitudes se fixent inexorablement et nous connaissons tous des adultes intelligents, atteints de défauts d'articulation, explicables par le retard simple de l'enfance, qu'il est à peu près impossible de rectifier.

P. Carrette.

L'écriture de jumeaux univitellins élevés séparément (Die Handschrift einiiger, getremt erzogener Zwillinge), par R. Saudek et E. Seeman, *Charakter, Revue trimestrielle d'études de psycho-diagnostic*, 1933, fasc. 2.

Des sœurs jumelles, qui ont été séparées dès la première enfance, présentent, à côté de ressemblances certaines, des différences importantes de caractère qui se reflètent dans des écritures nettement différentes. Leurs dispositions congénitales communes ont évolué dans un sens différent, grâce à des conditions différentes d'existence et d'ambiance. Jusqu'ici, peu d'exemples de jumeaux univitellins élevés séparément ont été rapportés ; or leur étude est susceptible de fournir à la biologie, à l'hérédologie et à la pédagogie des éclaircissements plus précieux que celle des nombreux jumeaux élevés en commun dont les observations ont été communiquées.

E. Bauer.

PSYCHANALYSE

L'évolution, les méthodes et les dangers de la psychanalyse, par Wilhelm Stekel. *Le Bulletin Médical*, nos 45 et 46, pp. 767-773 et 785-789, 5 et 12 nov. 1932.

Si la psychanalyse doit périr, ce ne sera pas sous les coups de ses adversaires, mais bien plutôt par les tentatives de perfectionnement de ses plus fervents adeptes. Adler, Jung, disciples de la première heure, n'ont pu résister au désir d'associer à la méthode de Freud des procédés empruntés à la psychothérapie traditionnelle. Wilhelm Stekel a créé également un schisme. Il est sorti de l'orthodoxie en utilisant ce qu'il appelle la psychanalyse active, qu'il oppose à la psychanalyse du maître, méthode passive d'associations libres. Il lui est arrivé, en présence d'une obsession, d'une névrose, de découvrir immédiatement la cause du désordre et de donner, dès la première visite, le conseil utile définitif.

En somme, l'hétérodoxie de Wilhelm Stekel consiste d'abord dans le refus de se servir de la psychanalyse dans tous les cas où le simple bon sens suffit; mais ses objections ne se limitent pas à un point de technique. Au contact du malade, il a perdu la foi ; il a appris à mépriser l'inconscient. Il s'est aperçu que l'écueil n'était pas dans la difficulté pour l'obsédé de percer le sens du symbole, mais dans sa volonté de ne pas voir la vérité. Il a des doutes sur l'universalité du complexe d'Œdipe et sur la définition même de la libido. Il a compris la valeur énorme de la bipolarité, de l'ambivalence, du choc des tendances contraires. Enfin, il s'attaque aux mauvais bergers. Il a vu trop de psychanalystes plus étranges que leurs clients, traîner des cures dangereuses pendant des années et exploiter sans scrupules les avantages du transfert. Et il termine sur une remarque très grave et si juste ! Pour venir à bout des névroses qui se multiplient, il ne suffit pas de les psychanalyser suivant des conceptions plus ou moins orthodoxes : c'est l'hypocrisie de la morale courante qui provoque les obsessions. Les chocs moraux viennent des exemples pernicieux, des lacunes de l'éducation. Le médecin doit enseigner ces vérités aux parents et ne jamais se dérober devant les obstacles qui jalonnent la voie de sa tâche moralisatrice.

P. Carrette.

La conception psychanalytique de l'hystérie, par R. Loewenstein et G. Parcheminey. *Encéphale,* n° 4, avril 1933, p. 312.

Les auteurs rappellent que c'est dans le domaine de l'hystérie que la psychanalyse a fait ses premiers pas. Remontant à l'année 1892, ils nous font assister, auprès de Breur et Freud et de la jeune malade « Anna », à la naissance de la méthode analytique, et nous en exposent, en l'appliquant à l'étude et au traitement de l'hystérie, les règles essentielles.

Roger Anglade.

Le rêve. Considérations psychanalytiques (El sueño. Consideraciones psicoanaliticas), par Angel Garma. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades.* T. XXXV, n° 50, pp. 1007-1014, 10 décembre 1932.

La psychologie du rêve, dans la conception freudienne, retient un certain nombre d'éléments de l'activité mentale, qui gardent leur valeur en dehors de toute considération pathologique. Le premier fait sur lequel Garma insiste est la notion du désir réalisé. Le rêve fournit une anticipation ou un refoulement. Il faut savoir reconnaître le contenu latent et le thème développé ; interpréter avec ces éléments et déterminer l'effet de la censure ; enfin grouper l'ensemble pour dégager la réalité du symbole. Ce travail du psychologue n'est pas seulement l'apprentissage d'une théorie avec sa terminologie spéciale ; l'analyse freudienne du rêve a remis en honneur l'étude d'une forme importante de l'activité psychique, utile pour aborder les voies de la psychopathologie.

P. Carrette.

La psychologie du transfert (Zur Psychologie der Übertragung), par W. Morgenthaler. *Schweizer medizinische Wochenschrift,* 1933, n° 2.

Les mécanismes de transfert sont à la base de toute psychothérapie méthodique ; exploités adroitement, ils sont des auxiliaires utiles, employés imprudemment, ils peuvent être très nuisibles. Des phénomènes de transfert se produisent dans toute thérapeutique médicale d'une certaine durée et continuité. En comprenant leur signification, le médecin les domine, les utilise mieux, en évite les écueils.

C'est à Freud qu'est due la découverte du transfert. Ses adversaires les plus décidés ne peuvent lui contester ce mérite, comme ils ne peuvent pas lui contester celui d'avoir découvert une méthode psychothérapique originale et d'une réelle utilité. Mais les explications données par la psychanalyse, du mécanisme psychologique du transfert, sont critiquables ou franchement erronées ; il en est ainsi pour beaucoup d'hypothèses inspirées par la psychanalyse en tant que science. Freud a trop généralisé et trop schématisé. En ce qui concerne le transfert, il a fait intervenir le complexe d'Œdipe, et on l'a ridiculisé. Ce sont pourtant des états affectifs du passé, et en particulier de l'enfance, qui revivent en partie dans le transfert, mais ils n'ont rien à faire avec le complexe d'Œdipe.

L'auteur décrit les différentes formes du transfert : positif, négatif, ambivalent, ce dernier étant le plus fréquemment observé. Il analyse les phénomènes et incidents psychologiques au moment de son établissement, c'est-à-dire au moment de la prise de contact avec le malade, ceux au cours du traitement, ceux à la fin du traitement, lorsque la solution du transfert est

nécessaire. Il insiste plus longuement sur le traitement des névroses, mais il passe en revue également les aspects du transfert au cours de celui des psychopathies, de l'hystérie, de la schizoïdie et de la schizophrénie, des états de dépression. Il indique les principes dont doit s'inspirer le médecin, qui doit jouer, dit-il, d'abord un rôle de catalyseur à l'égard des sentiments du malade, en les libérant et en activant au besoin leur libération ; mais il ne doit pas les lier définitivement à lui-même, il doit les retransmettre au malade et les lui faire reporter soit sur lui-même en lui permettant de retrouver son moi (Ichfindung), soit sur des tâches plus élevées sous forme de sublimation, soit sur la collectivité sous forme d'une activité sociale, soit sur des personnes isolées sous forme de liens affectifs de nature quelconque.

E. Bauer.

ANATOMIE

Contribution anatomo-clinique et chirurgicale à l'étude des voies et des récepteurs centraux de la douleur (Contribución anatomo-clínica y quirúrgica a las vias y receptores centrales del dolor), par Vicente Dimitri et Manuel Balado. *Archivos Argentinos de Neurologia*. T. VII, nº 4, pp. 187-215, novembre 1932.

Ce travail est la conclusion de recherches expérimentales et de constatations anatomo-physiologiques consécutives à des interventions chirurgicales pour syndromes douloureux violents et tenaces. D'après V. Dimitri et M. Balado, un foyer de ramollissement voisin du thalamus peut être l'origine d'un syndrome analogue à celui décrit par Déjerine à propos de lésions de la couche optique. Quand les fibres thalamo-corticales sont sectionnées par une lésion rétro-lenticulaire, des algies persistantes à distribution hémiplégique peuvent apparaître, accompagnées d'hémiparésie et de mouvements choréo-athétosiques. Les cellules thalamiques vont dégénérer secondairement à la suppression des fibres efférentes et il semble peu logique d'admettre que les douleurs soient provoquées par les lésions optiques. Enfin, la suppression du cortex pariétal sensitif du côté opposé à une hémiplégie douloureuse n'a aucune influence calmante, ce qui incite à supposer que les perceptions algiques aboutissent également en d'autres points du cortex cérébral.

P. Carrette.

Etudes colloïdo-chimiques des altérations tissulaires séniles et préséniles. Le syndrome hystérétique comme forme de réaction cérébrale. (Kolloidchemische Betrachtungsweise seniler ùnd präseniler Gewebsveränderungent Das Hysteretische Syndrom als cerebrale Reaktionsform), par A. v. Braunmuhl (d'Eglfing-Haar). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. ùnd Psych.*, 1932, tome CXLII, p. 1 à 54.

Curieuse étude physico-chimique des plaques séniles, des corps amylés, des formations granulo-vasculaires, des altérations fibrillaires d'Alzheimer, des globules argentophiles, des cellules gliales sidérofères de la maladie de Pick et de l'état criblé au cours des états de désintégration par sénescence cérébrale. Dix-sept microphotographies illustrent l'article. Ce travail

fait suite à plusieurs autres du même auteur, dans lesquels il a essayé de montrer avec Marinesco et Ruzicka que les processus séniles pouvaient se ramener à un phénomène d'*hystérèse protoplasmique* (théorie colloïdale des phénomènes vitaux, de la sénescence et de la mort des tissus). Le principe du syndrome *hystérétique* est physico-chimiquement caractérisé par une condensation des grains colloïdaux (réduction de leur dispersion) à laquelle s'ajoute une déshydratation des éléments dispersés. Par là sont réalisées les conditions d'une redistribution (Entmischung) de la substance colloïdale en deux parties (c'est le phénomène de la « synaeresis » de Graham). Dans les tissus, ces processus se manifestent par une déshydratation primaire (« altérations gélatineuses ») avec condensation et ensuite par une accumulation de produits de désintégration. Lorsque l'on cherche à étudier par les méthodes morphologiques un cerveau âgé normal, on analyse *le principe hystérétique* dans son développement tissulaire. Ce principe est à la racine de tous les états dégénératifs « atrophiant » du système nerveux (malades de Pick, Huntington, Pierre Marie). Quelques rares mais essentielles indications bibliographiques suivent cet article d'un intérêt remarquable pour l'histopathologie nerveuse, éclairée par les notions modernes de physico-chimie organique.

Henri Ey.

La non-spécificité des lésions histologiques de la démence paralytique (The Nonspecificity of the Histologic Lésions of Dementia Paralytica), par Frederic Wertham. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. 28, n° 5, pp. 1117-1138, novembre 1932.

L'auteur a observé les effets du spirochæta gallinarum sur le système nerveux du poulet. Il compare les lésions, à différents stades, avec celles de la paralysie générale. La prolifération des petites cellules autour des vaisseaux, les altérations cellulaires, les dégénérescences vacuolaires, les cellules en bâtonnets, les dépôts ferriques intra-adventiciels se retrouvent dans les deux affections avec une frappante analogie. On est donc en présence d'un mode de réaction très général du tissu nerveux vis-à-vis de l'infection avec les altérations inflammatoires de défense, suivies de la sclérose dégénérative et cicatricielle.

P. Carrette.

Des altérations histopathologiques du rhombencéphale dans la paralysie générale. (Ueber histopathologische Veränderungen des Rhombencephalon bei progressiver Paralysie), par Martha Danez (de Szeged). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1932, tome CXLII, p. 264 à 285.

Article abondamment illustré et suivi d'une bibliographie ; portant sur un matériel clinique de 8 cas. La première observation est particulièrement intéressante, les autres un peu brèves. Les conclusions de l'auteur sont que le Bulbe et la Protubérance sont touchés dans la paralysie générale au même titre que les autres parties du système nerveux central, les symptômes bulbaires varient selon les atteintes du processus. On peut conclure de l'analyse séméiologique à une atteinte de telle ou telle partie du cerveau (Rhombencéphale ou pallium). La dysarthrie est fonction d'un facteur bulbaire.

Henri Ey.

Etudes histologiques sur les méningites (Histologic Studies in Meningitis), par George B. Hassin, *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. 28, nº 4, pp. 789-809, octobre 1932.

La méningite désigne une forme de réaction des méninges contre les toxi-infections, qu'il s'agisse de la leptoméningite purulente par invasion du méningocoque ou du bacille de Koch, ou de la pachyméningite de la syphilis. Elle désigne aussi une réaction physio-chimique dans certaines conditions expérimentales et thérapeutiques. Elle n'est donc pas nécessairement infectieuse ; sa réaction cellulaire est la prolifération, mais la morphologie est habituellement inchangée. Dans sa forme aseptique, elle est à rattacher aux modifications qu'on voit parfois à l'occasion de troubles mentaux, comme la confusion ou les états maniaco-dépressifs. Pour bien comprendre son comportement, il importe de considérer l'ensemble des enveloppes du système nerveux central comme formant un appareil continu avec le tissu cérébral et les espaces périvasculaires. P. Carrette.

Sur l'étude anatomo-clinique du syndrome rubro-thalamique, par Th. Dosuzkov et Karel Uttl. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, nºs 11 et 12, pp. 235-244, novembre-décembre 1932.

L'observation rapportée décrit le tableau clinique suivant : hémiparésie spastique droite, hémichorée statique, tremblement intentionnel très marqué, anémie, hémianesthésie profonde, hémidysesthésie superficielle et hémialgie. Aux lésions artério-scléreuses à petits foyers disséminés dans le cerveau, surtout nombreux dans le putamen, la partie antérieure du noyau caudé et dans le noyau interne de la couche optique, s'ajoutait une destruction par hémorragie de la région voisine du bord externe des noyaux gris centraux. La zone pseudo-kystique, organisée secondairement, intéressait le faisceau rubro-thalamique.

Ce cas corrobore des communications récentes dont les auteurs donnent la bibliographie. De l'ensemble des renseignements acquis, il résulte que les lésions dentalo-rubrales et de la partie supérieure du noyau rouge ont une symptomatologie cérébelleuse, que la suppression du faisceau rubro-thalamique se traduit par le tremblement intentionnel, mais ne paraît pas en rapport avec les états choréo-athétosiques.

P. Carrette.

MÉDECINE LÉGALE

La psychologie du crime (The Psychology of crime), par T. S. Good. H. E. Field, T. Christie, John Rickman, Edward Glover. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XII, fasc. 3, pp. 234-272, 23 décembre 1932.

Le problème psychologique du crime est ici traité par cinq auteurs de points de vue partiels cliniques et sociologiques. Good effectue un classement large par rapport aux insuffisances mentales. Il y a deux grandes catégories : les débiles et les anormaux. L'auteur isole en outre un type « super-normal » de criminel raisonnant, organisé, professionnel. Il semble bien qu'on ait affaire dans ces cas à des déséquilibrés dont l'activité ne se satisfait qu'à l'occasion du désordre et des bouleversements sociaux.

Pour eux plus particulièrement le traitement psychologique pur, analytique (Field), paraît vain et insuffisant. Des sanctions plus matérielles sont utiles, du moins dans la majorité des cas. La prophylaxie a été tentée par certains partisans du freudisme chez l'enfant jeune (Glover), mais, jusqu'à 5 ans surtout, est-il possible de pratiquer utilement un essai de rectification des tendances qui ne s'appuie pas sur des sanctions immédiates ? — Dans l'exposé de Rickman on discute de l'importance des chocs émotifs et Christie parle d'un « élément de persécution », strictement lié à un besoin de violences, imprécis dans son essence, mais trouvant dans le crime sa justification. Il semble, en usant de l'ancienne terminologie, qu'on se trouve là en face d'états paranoïaques, psychoses de revendications chez des déséquilibrés, révoltés contre l'ordre établi. P. CARRETTE.

Culpabilité (Guilt), par Mary R. BARKAS. *Mantal Hygiene*, n° 6, pp. 29-33, décembre 1932.

La notion de culpabilité est très négligée par la psychopathologie. Elle est cependant à la base de nombreux états morbides. Souvent invoquée par le mélancolique, elle doit être chez lui rectifiée, affaiblie. Dans les névroses, les déséquilibres mentaux, la réadaptation s'appuie sur la nécessité d'un effort pour reprendre conscience des responsabilités de l'individu vis-à-vis de la société. Un fondement moral solide, une éducation saine insistent sur les devoirs qui incombent à l'être humain, et le rappel de ces obligations joue — tout autant que les autres méthodes — un rôle préventif contre l'éclosion des maladies de l'esprit. P. CARRETTE.

Morphologie et caractérologie des délinquants, par W. BOVEN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXIX, fasc. 1 et 2. 1932.

L'auteur prend comme point de départ de son étude 4 délinquants aux délits et aux caractères morphologiques différents ; il décrit leurs particularités morphologiques et les analyse à la lumière des différentes écoles : Lombroso, Viola et Barbara, Nicola Pende, Mac Auliffe et Thooris, sans oublier Kretschmer, et enfin la « constitution délinquentielle » de di Tullio.

Quelles que soient ces écoles, leurs classifications, les données morphologiques et biologiques sur lesquelles s'appuient leurs doctrines, il n'est pas possible de préjuger, d'après les particularités physiques, ni de la nature de la délinquance d'un sujet ni même de sa valeur intrinsèque et sociale. Il n'est pas possible d'établir une classification des délinquants d'après un schéma simpliste impliquant l'étroite corrélation et la proportionnalité des signes moraux et morphologiques.

L'âme est faite de strates, seule la connaissance de toutes ces strates et de leur activité fonctionnelle permet de fonder un jugement à peu près sûr. La morphologie ne fournit que quelques indices sur les strates basses de l'âme et non sur les autres. Les corrélations entre la morphologie statique, celle précisément qu'étudient les écoles morphologiques, et l'âme se bornent aux strates génésique, raciale et à celle de la complexion individuelle qui contient les tendances fondamentales et les bases du caractère. Les strates supérieures, celle des traits du caractère, et celle des linéaments du caractère ont-elles aussi leurs stigmates, mais ils sont d'ordre dynamique, ils sont fugaces, se reflètent dans les mouvements, la mimique, etc.

La criminalité a ses plans ou étages comparables à ceux de l'âme, criminalité basse et criminalité haute ; celle-ci est pire que celle-là, parce que méditée, réfléchie, armée de plus de calcul et de pénétration. Or ses stigmates sont ceux qui correspondent aux strates supérieures de l'âme ; ce sont les plus malaisés à saisir, ils se rencontrent dans les gestes et la mimique, et non dans la forme du corps.

« Seule est valable, la morphologie ou l'anthropologie qui table sur l'en-
« semble statique et dynamique de l'individu. La seule classification qui
« tienne, c'est celle qui, par l'analyse des formes et du fond, fait le bilan
« des mobiles du crime, et les rattache jusqu'à la corrélation des formes. »

Cette étude se trouve résumée dans une communication faite par le même auteur au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, (Limoges, 1932). E. BAUER.

Quelques cas typiques de pyromanie (A few Representative Cases of Pyromania), par George L. WARNER. *The Psychiatric Quarterly*, T. 6, n° 4, pp. 675-690, octobre 1932.

L'acte de détruire volontairement par le feu ne peut être appelé pyromanie que s'il est accompli sans la préméditation d'un intérêt matériel immédiat, — comme la satisfaction d'un désir de vengeance par exemple, — par un individu qui se libère d'une obsession. Le malade se laisse aller à son impulsion pour échapper à l'angoisse de la résistance. Son idée fixe est accompagnée d'autres manifestations morbides de même valeur ; les unes sont des équivalents symboliques et font partie des moyens de défense ; les autres procèdent de tendances psychologiquement voisines ou contemporaines : dromomanie, kleptomanie. La psychanalyse considère cette impulsion comme une déviation de tendances sexuelles refoulées, déviées. La hantise du feu exprime un état plus ou moins synonyme de celui de passion.

P. CARRETTE.

La libération des criminels anormaux internés par mesure de défense sociale, par le Dr Louis VERVAECK. (*Bruxelles Médical*, n° 44, 28 août 1932).

La loi belge de défense sociale subordonne la libération des criminels anormaux jugés ne plus être dangereux à des conditions sévères, notamment à un contrôle médical régulier. Dans le courant de l'année 1931, la libération de 83 inculpés internés a été envisagée par les Commissions de défense sociale créées par la loi et qui se composent d'un magistrat, d'un avocat et d'un aliéniste. Finalement, la libération fut accordée à 59 anormaux, dont 5 femmes. Toutes ces libérations ont été ordonnées à titre d'essai et sont subordonnées à un contrôle psychiatrique et social, dont les Commissions déterminent dans chaque cas la durée, la sévérité et les modalités. 43 fois, le contrôle a été assuré par un dispensaire d'hygiène mentale, 6 fois il a été confié à une autre institution médicale et 9 fois à un médecin privé. L'obligation de travail régulier (avec défense de quitter la place ou l'atelier choisi par la Commission sans le consentement du tuteur) ou d'une résidence déterminée constituent des conditions fréquemment imposées. Egalement, l'abstinence totale d'alcool, avec interdiction de fréquenter les cafés et les débits de boissons, a été souvent ordonnée. Une seule des libérations accordée en 1931 a dû être révoquée, l'anormal, buveur à tendances agressives, étant rapidement retombé dans son intempérance. LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 décembre 1933*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *mardi 19 décembre 1933*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 janvier 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 janvier 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Prix de la Société Médico-Psychologique.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, présentés pour les *prix à décerner en 1934* (*Prix Aubanel, Prix Moreau de Tours, Prix Trénel, Legs Christian*) devront être déposés *avant le 31 décembre 1933*, chez le Dr René CHARPENTIER, *Secrétaire général de la Société Médico-psychologique*, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Médaille de Bronze :

M. le Dr Menger, médecin-chef des asiles d'aliénés et du dispensaire d'hygiène sociale à Bégard (Côtes-du-Nord).

Nomination.

M. le Dr Henri Ey est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), poste créé.

Création de poste.

Un poste de médecin-chef de service est créé à l'Asile public d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir).

Concours de l'Internat en Médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Nous avons indiqué dans le numéro d'octobre des *Annales Médico-psychologiques*, la composition du *jury* de ce Concours, qui s'est ouvert à Paris le *16 octobre 1933*, et donné les premières questions posées aux candidats.

A la dernière épreuve, la *question de garde* fut :

Conduite à tenir dans un cas d'anurie.

Questions restées dans l'urne :

Conduite à tenir dans un cas d'hémoptysie ;
Conduite à tenir dans un cas d'hématémèse.

A la suite de ce Concours, ont été nommés :

Internes titulaires : 1. M. Legomte ; 2. M. Daumezon ; 3. Mme Lebreuil ; 4. Mlle Petit ; 5. Mlle Abraham ; 6. M. Golse ; 7. Mme Bobé ; 8. M. Veyres ; 9. M. Delmond-Bebet ; 10. M. Fortineau ; 11. M. Devallet ; 12. M. Longuet ; 13. M. Anglade.

Internes à titre étranger : MM. Ajuriaguerra et Agadjamian.

Internes provisoires : 1. MM. Fardet et Maillefert, *ex-æquo ;* 3. M. Thuillier ; 4. Mme Couléon, Mlle Lacassagne et M. Vallade, *ex-æquo.*

Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France.

Présidée par le Dr Cullerre, l'*Association mutuelle des médecins aliénistes de France* a été fondée par Baillarger en 1865, et *reconnue comme établissement d'utilité publique* le 7 novembre 1866.

Elle a pour but « de venir en aide à ses membres titulaires et à leurs familles tombées dans l'infortune ». Elle a son siège à Paris et se compose de *membres titulaires* (*fondateurs* ou *sociétaires*), et de *membres hono-*

raires. Des veuves, des enfants, des confrères parfois sont secourus. Lorsqu'une infortune nouvelle est signalée, un secours est donné le plus promptement possible, et très discrètement, par le bureau de l'Association, sous le contrôle du Conseil d'Administration.

Nous ne saurions trop vivement engager tous les psychiatres français à faire partie de cette Association. Les *demandes d'admission* doivent être adressées au *Secrétaire :* Dr Schützenberger, place du Gué-de-Maulny, Le Mans (Sarthe).

Les cotisations sont recueillies par le Dr Dupain, *Trésorier, Compte chèques postaux : Paris 813-93.* La *cotisation* est de *50 francs* pour les *membres fondateurs,* de *25 francs* pour les *sociétaires.*

Les membres déjà inscrits sont priés d'adresser au Dr Dupain, *avant le 31 janvier,* leur cotisation pour l'année *1934.*

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

IIIe Réunion Européenne d'Hygiène Mentale.

La *IIIe Réunion Européenne d'Hygiène Mentale* aura lieu à *Vienne,* au mois d'*Août 1934.*

Une Réunion d'Hygiène Mentale à Québec.

Le *25 octobre 1933,* sur l'initiative de la *Société Médicale de Québec* et du *Comité d'Hygiène Mentale,* une réunion consacrée à l'Hygiène mentale, et plus particulièrement à l'éducation, à l'assistance et à la prophylaxie des états d'arriération mentale, s'est tenue, avec le plus grand succès, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de *l'Université Laval.*

A cette réunion, présidée par le Dr Willie Verge, président de la Société Médicale de Québec, et qui réunissait un grand nombre de médecins, d'étudiants, d'infirmières, d'éducateurs, prirent la parole le Dr J.-Ch. Miller, directeur médical de l'Hôpital-Ecole La Jemmerais (de Québec), le Dr Louis Berger, professeur de pathologie générale à l'Université Laval, le Dr Alphonse Pelletier, médecin de l'Hôpital-Ecole La Jemmerais, le Dr G. de Bellefeuille, professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal, M. Victor Doré, président des Ecoles catholiques de Montréal, le Dr J.-Edmond Dubé, professeur de Clinique médicale à l'Université de Montréal, etc. Le Professeur Arthur Vallée, secrétaire de l'Université Laval, et qui remplaçait M. le Doyen Arthur Rousseau, exprima en termes heureux l'intérêt que la Faculté de Médecine de l'Université Laval attache à l'enseignement de la psychiatrie et aux réalisations d'hygiène et de prophylaxie.

Au dîner, offert en l'honneur des délégués du Comité d'Hygiène mentale de Montréal, et présidé par le Dr J.-Ch. Miller, le Dr A.-H. Desloges, directeur général des Hôpitaux d'aliénés de la Province de Québec, président du Comité exécutif du Comité National d'Hygiène mentale, au cours d'une allocution qui fut écoutée très attentivement, montra que, depuis 20 ans, le nombre des malades de la Province hospitalisés pour troubles mentaux a doublé, tandis que la population a augmenté d'un tiers. Ces chiffres suffiraient à eux seuls à montrer l'urgence des problèmes posés par l'hygiène, la prophylaxie, l'assistance et la thérapeutique des maladies mentales. Mgr Camille

Roy, Recteur de l'Université Laval, et S. H. M. Lavigueur, Maire de la ville de Québec, mirent en relief les résultats obtenus déjà par le Comité d'Hygiène mentale et offrirent le concours le plus grand de l'Université et de la Municipalité.

L'examen médical des Conducteurs d'automobiles.

Au début du mois dernier, sous la présidence du Professeur Tanon, ont eu lieu à Paris les séances du *Congrès pour la Sécurité de la Route*, suite du *Congrès National de la Sécurité*, organisé à Paris pendant l'Exposition Coloniale.

Parmi les intéressants rapports qui furent discutés, il faut signaler particulièrement le *Rapport* présenté par le professeur-agrégé J. Lévy-Valensi (de Paris) sur l'élimination des candidats au permis de conduire et des chauffeurs atteints de maladies nerveuses organiques, d'hystérie, d'épilepsie, d'états psychopathiques et d'alcoolisme. Voici les *conclusions* de M. Lévy-Valensi :

« Doivent être éliminés :

1° Les sujets atteints de maladies évolutives du système nerveux et ceux dont les lésions fixées sont incompatibles, même après appareillage, avec la conduite d'un véhicule automobile ;

2° Les hystériques à crises ;

3° Tous les épileptiques ;

4° Tous les psychopathes, à l'exception de quelques *intermittents* qui devront subir des visites rapprochées ;

5° Les alcooliques chroniques, les sujets à ivresse récidivante. »

Les diverses sections du Congrès (section de la route, section de législation et d'assurances, section de Médecine et de Psychotechnique), en conclusion de leurs travaux, rédigèrent des vœux à transmettre aux pouvoirs publics. Les *vœux* suivants furent émis par la *Section de médecine et de psychotechnique:*

« Réglementation du travail des chauffeurs professionnels, en vue d'éviter un surmenage dangereux pour la sécurité ;

Pour les chauffeurs des services publics et de poids lourds, nécessité d'une sélection psychotechnique, subordonnée à la sélection médicale et réciproquement ;

Révision périodique de la liste administrative des tares pathologiques d'inaptitudes ;

A toutes fins utiles et particulièrement dans l'éventualité d'une sanction pénale ou administrative, inviter les bons conducteurs à posséder le dossier rétrospectif de leurs accidents et à le produire devant les experts. »

La progression du nombre des aliénés internés dans les Asiles de la Seine.

De 1922 à 1932, le nombre des aliénés internés, présents dans les Asiles de la Seine à la date du 1er janvier a été le suivant :

1922 : *13.206* ; 1923 : *13.351* ; 1924 : *13.605* ; 1925 : *13.902* ; 1926 : *14.233* ; 1927 : *14.257* ; 1928 : *14.502* ; 1929 : *14.668* ; 1930 : *14.955* ; 1931 : *15.463* ; 1932 : *15.883*.

Pour montrer que cette progression ne se ralentit malheureusement pas, on peut ajouter que le 1er octobre 1932, le nombre des aliénés internés dans les Asiles de la Seine était passé à *16.408*. Le 1er mai 1933, il atteignait *17.060*.

NÉCROLOGIE

P. Gannouchkine (1875-1933).

Agé de 58 ans, le professeur de psychiatrie *P. Gannouchkine* est mort à Moscou, au début de cette année. Né en 1875, fils de médecin, Gannouchkine fit ses études à Moscou et devint élève de Korsakoff et de Serbski. Il étudia la psychiatrie, non seulement en Russie, mais aussi en France et en Allemagne. Nous avons eu le plaisir de faire sa connaissance vers 1905-1906, à l'époque où il fréquentait à Paris les services de la Salpêtrière et de Ste-Anne, et avons conservé le souvenir d'un aliéniste extrêmement distingué et instruit, d'un homme à l'esprit ouvert, acquis aux idées modernes. Il s'intéressait non seulement à la science pure, — sa thèse sur la paranoïa aiguë qui date de 1904 et que nous avons sous les yeux, est un modèle du genre — mais aussi à toutes les questions relatives à l'assistance des aliénés. Mobilisé pendant la guerre, il fut élu professeur en 1918 et devint membre du Soviet médical, près le Commissariat de la Santé publique. Ses cours étaient très suivis et son influence sur les jeunes générations d'aliénistes a été considérable. Sa disparition sera vivement regrettée, non seulement par ses camarades de l'Union soviétique, mais aussi par les psychiatres des autres pays.

C'est après sa mort que parut en librairie son remarquable ouvrage sur les psychopathies (1). Il eut le temps d'en corriger les épreuves avant de mourir. Il s'agit d'un travail de premier ordre, qui témoigne d'une érudition impeccable et d'un sens clinique hors de pair, et dont on trouvera l'analyse dans le présent numéro des *Annales Médico-Psychologiques* (page 575).

G. HALBERSTADT.

(1) *Clinica psicopatii,* Moscou, 1933.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 47.157

Tome II. — N° 5 Décembre 1933

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

L'AUTOMATISME AMBULATOIRE ÉPILEPTIQUE

PAR

L. MARCHAND

Sous le nom d'actes automatiques épileptiques nous groupons toutes les manifestations psychomotrices, coordonnées ou non, se produisant sans l'intervention de la volonté, avec carence des fonctions cérébrales supérieures et ne laissant généralement aucun souvenir. Ils ont cet autre caractère commun avec les accidents convulsifs de survenir et de cesser brusquement.

L'automatisme ambulatoire n'est qu'une des multiples formes que peuvent revêtir les actes automatiques si fréquents chez les comitiaux. Il se traduit par un accès de déambulation de durée très variable et on réserve le nom de *fugue épileptique* à l'accès d'automatisme prolongé pendant lequel le sujet accomplit au hasard un certain parcours, soit à pied, soit à bicyclette, soit en chemin de fer ou bateau, soit en auto ; au point de vue physio-pathologique, il n'y a aucune différence entre l'accès qui ne dure que quelques minutes et celui qui dure plusieurs heures ou même plusieurs jours. Le terme de fugue, employé pour désigner l'automatisme ambulatoire épileptique prolongé, n'est pas heureux, car, en réalité, le malade ne fuit pas son domicile, il marche ou voyage sans but.

On est tellement habitué à envisager l'accès convulsif, le vertige et l'absence de courte durée comme les seules manifestations certaines d'épilepsie, que l'on considère les actes automatiques comme de l'épilepsie larvée ou des équivalents comitiaux. Les accès d'automatisme ne remplacent pas un accès convulsif, un vertige ou une absence, ils constituent des accidents épileptiques au même titre que l'accès, le vertige ou l'absence ; ce sont des équivalents psychiques. L'accès d'automatisme se présente d'ailleurs très souvent comme une absence prolongée avec suspension ou obscurcissement des fonctions psychiques. Par sa diversité, par sa complexité, par sa durée, il permet, comme tous les actes automatiques, l'étude si curieuse des diverses manifestations de l'activité cérébrale pathologique.

Connue des anciens auteurs, la fugue épileptique fut surtout étudiée durant la deuxième partie du XIX^e^ siècle, par Morel (1), Falret (2), Herpin (3), et Legrand du Saulle (4). Après la fameuse leçon de Charcot (5) sur l'automatisme ambulatoire, les publications devinrent nombreuses aussi bien à l'étranger qu'en France. En Italie, Filippi (6), Gilli et Simplici (7), Verga (8), Borri (9), Aveta (10), Funajoli (11), rapportent des cas de fugues suivies d'amnésie et emploient le terme de « déterminisme ambulatoire ». En Allemagne, la fugue épileptique est décrite sous le nom de poriomanie par Donath (12), Burgl (13) et Heilbronner (14). En

(1) Morel. — D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie (épilepsie larvée). *Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*, 1860.

(2) J. Falret. — De l'état mental des épileptiques. *Arch. génér. de Méd.*, 1860-1861.

(3) Herpin. — *Des accès incomplets d'épilepsie.* Paris, 1867.

(4) Legrand du Saulle. — Etude médico-légale sur les épileptiques, 1877, p. 110. *Traité de Méd. légale,* 1886, p. 808.

(5) Charcot. — *Leçons du mardi,* 31 janvier 1888, p. 313.

(6) Filippi. — La fughe. *Lo Sperimentale,* 1889, LXII, p. 433.

(7) Gilli et Simplici. — Automatisme ambulatoire. *Lo Sperimentale,* LXIV, p. 243.

(8) Verga. — Considération sur un cas de déterminisme ambulatoire. *Gaz. méd. lomb.*, 1891, n° 50.

(9) Borri. — Note psychiatrique à propos d'un cas de déterminisme ambulatoire. *Lo Sperimentale,* LXXVI, 1892.

(10) Fr. Aveta. — Automatisme ambulatoire. *Bollet. del Manicomio Fleurent,* 1892.

(11) Funajoli. — Sur un cas de déterminisme ambulatoire. *Riforma Med.*, 1893.

(12) Donath. — L'impulsion à voyager des épileptiques (poriomanie). *Arch. f. Psych.*, XXXII, f. 2.

(13) Burgl. — Poriomanie épileptique. Suggestions post-épileptiques. *Munch. Med. Woch.*, 11 sept. 1900.

(14) Heilbronner. — Ueber Fugues und Fugueähnliche Zustande. *Jahr. f. Psych. und neurol.*, 1903.

Angleterre, Althaus (1), Coleman (2) ; en Amérique, Mc Carthy (3), Courtney (4), Patrick (5) ; en Russie, Tschije (6), Belaieff (7), Dieloff (8), Lasse (9) ; en République Argentine, Durquet (10), citent des observations d'automatisme ambulatoire au cours desquels les sujets présentent pour la plupart un comportement indiquant des troubles intellectuels évidents. En France, nous citerons les travaux de Duponchel (11), Chantemesse et Widal (12), Le Dantec (13), Sous (14), Frenckel (15), Blocq (16), Grandjean (17), Rançon (18), Semelaigne (19), Lhomme (20), Lucas Championnière (21), J. Voisin (22),

(1) Althaus. — Automatisme épileptique. *The british med. Journ.*, 27 février 1886, p. 294.

(2) Coleman. — A remarkable case probably allied to epileptic automatism. *The Lancet*, 21 juillet 1894.

(3) D. J. Mc. Carthy. — Automatisme ambulatoire épileptique. *The Journ. of nerv. and mental dis.*, mars 1900.

(4) J. W. Courtney. — Différenciation clinique des différentes formes d'automatisme ambulatoire. *Amer. Neurol. Assoc.*, Boston, 4-5 juin 1906.

(5) T. Patrick. — De l'automatisme ambulatoire. *The Journ. of Nerv. and ment. dis.*, juin 1907.

(6) W. F. Tschije. — L'épilepsie larvée. *Obozrénié psichia*, V, 1900.

(7) Belaieff. — Contribution à l'étude des fugues. *Sovrémennaia psichiatria*, Moscou, mars et avril 1907.

(8) Dieloff. — Automatisme ambulatoire. *C. R. de la Soc. Méd. du Caucase*, 1907, n° 69.

(9) S. J. Lasse. — Automatisme ambulatoire. *Revue (russe) de Psych., de Neurol. et de Psych. expérim.*, fév.-mars 1911.

(10) J. Durquet. — Manie ambulatoire épileptique. *Archivos di psiquiatria y criminologia.* Buenos-Ayres, 1906.

(11) E. Duponchel. — Etude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation observée chez des militaires. *Ann. d'Hyg. publ. et de méd. lég.*, juillet 1888.

(12) Chantemesse et Widal. — Petit mal comitial. Grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 juin 1890.

(13) Le Dantec. — Deux cas d'automatisme ambulatoire. *Arch. de Méd.*, nov.-déc. 1890.

(14) G. Sous. — De l'automatisme comitial ambulatoire. *Thèse de Paris*, 1890.

(15) Frenckel. — L'automatisme dans l'épilepsie et les maladies nerveuses. *Thèse de Lyon*, 1890.

(16) P. Blocq. — Sur un cas d'automatisme comitial ambulatoire. *Rev. gén. de clinique*, 1891, n° 30.

(17) H. Grandjean. — Un cas d'automatisme comitial ambulatoire. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1891.

(18) Rançon. — Epilepsie et manie de la marche chez un noir. *Arch. de Méd.*, nov. 1893, p. 81.

(19) R. Semelaigne. — Automatisme ambulatoire. *Ann. méd.-psych.*, 7e série, 1894, t. 19, p. 72.

(20) Lhomme. — Essai sur l'automatisme. *Thèse de Lyon*, 1894.

(21) P. Lucas-Championnière. — Sur l'automatisme ambulatoire. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 10 août 1895.

(22) J. Voisin. — Obs. de fugue épileptique. *Congr. de Méd. ment.*, Bordeaux, 1895.

Cabadé (1), Pitres (2), Raymond (3), Babinski (4), Ardin-Delteil (5), Maxwell (6), Rayneau (7), Joffroy et Dupouy (8), Pech (9).

⁂

La fréquence de la fugue épileptique ne peut être établie que d'après les observations de comitiaux vivant en liberté. C'est une forme d'épilepsie que l'on n'observe pas dans les établissements hospitaliers. C'est donc seulement dans les consultations externes que l'on peut établir le pourcentage des épileptiques qui ont présenté ce syndrome. Sur 1.052 sujets examinés à la consultation de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, nous relevons 69 malades qui ont présenté des accès d'automatisme ambulatoire, soit 6,4 %.

Cette moyenne est légèrement au-dessous de la réalité, car parmi les 1.052 cas observés, un certain nombre ont trait à des sujets encore jeunes dont le mal comitial ne s'est manifesté que depuis peu par des accidents classiques. Un certain nombre d'entre eux pourront présenter plus tard des accès d'automatisme ambulatoire.

Sur ces 1.052 comitiaux, nous trouvons 571 hommes et 481 femmes. Parmi les 571 hommes, 45 ont présenté d'abord des accidents épileptiques classiques (accès convulsifs, vertiges, absences), et, plus tard, des accès d'automatisme ambulatoire. Chez 3 autres, les accès d'automatisme ambulatoire sont apparus avant les accidents comitiaux classiques. Ainsi, 8,2 % des épileptiques du sexe masculin ont présenté des accès d'automatisme ambulatoire.

(1) Cabadé. — Un cas d'automatisme ambulatoire comitial. *Arch. clin. de Bordeaux,* n° 3, mars 1895.

(2) Pitres. — L'automatisme ambulatoire dans ses rapports avec l'épilepsie. *Congr. de méd. ment.,* Bordeaux, 1895.

(3) Raymond. — Les délires ambulatoires ou les fugues. *Gaz. des Hôp.,* n^{os} 76 et 79, 1895.

(4) Babinski. — Automatisme ambulatoire et somnambulisme hypnotique. *Revue de l'Hypnotisme expérim. et thérap.,* sept. 1899, p. 81.

(5) Ardin-Delteil. — L'épilepsie larvée. *Progrès médical,* déc. 1900 et janvier 1901.

(6) Maxwell. — L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. *Thèse de Bordeaux,* 1903.

(7) Rayneau. — Deux cas d'automatisme ambulatoire épileptique. *Ann. méd. chir. du Centre,* 9 juillet 1905.

(8) A. Joffroy et R. Dupouy. — *Fugues et vagabondage.* F. Alcan, éd., 1909.

(9) J. Pech. — Un cas d'épilepsie larvée cyclique ambulatoire. *Paris médical,* n° 8, 24 janv. 1914, p. 185.

Parmi les 481 femmes, 19 ont été d'abord atteintes d'accidents épileptiques classiques et ensuite d'accès d'automatisme ambulatoire ; chez deux autres, le mal comitial s'est manifesté primitivement par des accès d'automatisme ambulatoire et, plus tard, par des accidents classiques. Ainsi, 4,3 % des épileptiques du sexe féminin ont présenté des accès d'automatisme ambulatoire.

Cette manifestation comitiale n'est donc pas très fréquente. Elle se rencontre moins souvent chez la femme épileptique que chez l'homme.

Enfin chez 5 sujets, 3 hommes et 2 femmes, l'épilepsie ne s'est manifestée que par des accès d'automatisme ambulatoire.

⁂

Nous diviserons notre étude de l'automatisme ambulatoire en trois parties, suivant que : 1° l'accès d'automatisme apparaît chez des sujets manifestement épileptiques ; 2° l'accès d'automatisme précède le début des accidents convulsifs ; 3° les accès d'automatisme constituent à eux seuls le mal comitial.

En présentant ainsi les faits, il nous sera facile de préciser d'abord les divers caractères de l'automatisme ambulatoire dont la nature épileptique ne peut faire aucun doute, d'établir une comparaison entre cette forme et celle qui survient chez des individus ne présentant aucune autre manifestation comitiale, et de montrer ainsi si cette dernière forme doit ou non être rattachée à l'épilepsie.

1° Les accès d'automatisme ambulatoire sont apparus chez des sujets atteints d'accidents épileptiques classiques (accès, vertiges, absences)

Parmi nos observations, nous ne retiendrons que les 36 suivantes dans lesquelles tous les détails concernant 52 accès d'automatisme ambulatoire ont été notés ; nous pourrons ainsi préciser l'action des accidents classiques sur le déclenchement de l'automatisme, l'âge du sujet au moment de la première fugue, leur état mental pendant la fugue, le degré d'amnésie portant sur la période de la fugue:

Obs. I. — Bo. Pierre, 32 ans ; hérédo-syphilis probable. Chute de bicyclette à 12 ans, trauma cranien et coma durant deux jours, première crise comitiale à 18 ans.

A 20 ans, étant dans un café, premier accès d'automatisme au cours duquel il s'empare d'une montre, sort de l'établissement sans dire un mot, l'air égaré, il parcourt plusieurs centaines de mètres suivi de ses camarades et il va cacher la montre dans un ruisseau. Il reprend conscience quelques instants plus tard. Amnésie complète des actes accomplis.

Obs. II. — Lef. Robert, 49 ans. Premiers accidents épileptiques à 19 ans, se traduisant surtout par des absences. Première fugue à 38 ans. Employé au pointage de la poste, il lui est arrivé cinq fois de quitter brusquement son travail, de partir, de traverser les rues en courant, de renverser des personnes qui se trouvaient sur son chemin. Il ne parle pas. Il a failli être écrasé plusieurs fois et des agents l'ont ramené à son domicile. Durée de la fugue : quelques minutes. Amnésie complète. Après retour de la conscience, il sait qu'il a eu une crise parce qu'il ressent une lourdeur de tête et une « tension des nerfs ».

Obs. III. — Bor., âgé de 41 ans. Première crise convulsive à 13 ans. Il y a un an, pour la première fois, il est parti brusquement de chez lui, a parcouru plusieurs kilomètres en évitant les obstacles et a repris conscience une demi-heure plus tard dans un endroit qu'il connaissait bien, mais où il n'avait rien à faire. Ses vêtements étaient déchirés. Amnésie complète.

Obs. IV. — Dep., 27 ans. Convulsions à 16 mois. Crises épileptiques depuis. Premier accès d'automatisme à 26 ans à la suite d'un vertige. Il s'est relevé aussitôt, nous dit sa mère et s'est mis à courir droit devant lui, se comportant comme s'il était aveugle et sourd, n'évitant pas les obstacles, bousculant les personnes, résistant à ceux qui voulaient le retenir. Durée quelques minutes. Amnésie complète.

Obs. V. — Diam., 36 ans. Première crise à 17 ans. A 32 ans, première fugue en marchant dans la rue. Il poussa brusquement un cri et dit : « Allons frère », il eut comme une faiblesse ; puis il s'est mis à marcher sans but. Il ne parlait pas et ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Son faciès, d'abord rouge, devint pâle ensuite. Il ne fit aucune résistance quand on le ramena chez lui où il reprit connaissance. Amnésie complète.

Obs. VI. — Lam., 24 ans. Première crise à 14 ans. Deuxième crise à 18 ans. A 22 ans, au régiment, crise nocturne d'automatisme ambulatoire. Il s'est levé, est descendu en chemise dans la cour de la caserne, a été arrêté au corps de garde. Ramené à son lit, il s'est recouché, a dormi, a souffert le lendemain d'une violente céphalée. Amnésie incomplète sur les actes accomplis durant l'accès.

Obs. VII. — Gr. René, 23 ans. Absences et vertiges à 20 ans. Première crise convulsive à 22 ans. Accès d'automatisme ambulatoire fréquents ensuite, se reproduisant sous la même forme. Il quitte brusquement son travail, se met à marcher, dépense son argent, couche dans les hôtels ou dans les gares. La fugue dure quelquefois 24 heures. Il conserve après l'accès quelques souvenirs parcellaires. Quand il rentre, il est affamé, exténué ; ses vêtements sont en guenilles, ses souliers sont usés. Il lui est arrivé de perdre son pardessus.

Au cours d'une fugue d'une durée de sept heures environ, il est revenu chez ses parents en passant par-dessus un mur. Il s'est blessé en tombant. Il a été pansé chez un pharmacien. Il n'a gardé aucun souvenir de ces incidents.

Après une autre fugue de cinq heures, il a voulu rentrer chez ses parents, a ouvert les volets à coups de poings, puis il a voulu vendre les meubles qui se trouvaient dans la maison. Amnésie complète.

Obs. VIII. — Duc., âgé de 34 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 16 mai 1932 pour confusion mentale post-épileptique. Disparition brusque des troubles mentaux cinq jours après. Amnésie totale portant sur la période confusionnelle. Excès éthyliques.

Accidents épileptiques depuis l'âge de 14 ans. Absences fréquentes avec sensation de griffe dans le cerveau et idées bizarres (idées de suicide, idée d'aller se battre). Plusieurs tentatives de suicide suivies d'amnésie.

C'est la troisième fois que ce malade reprend conscience à l'Hôpital sans savoir ce qui lui est arrivé.

A 24 ans, accès d'automatisme ambulatoire. Il était à bicyclette, il était dix heures du soir. Il est parti de la porte Saint-Cloud pour aller à Versailles. Il a repris conscience sur le cours la Reine au moment où il venait de faire une chute. Son manteau s'était pris dans la chaîne. Il ne s'est pas blessé. Il ne peut préciser le temps que le trouble a duré, mais au moins une demi-heure.

Obs. IX. — Men. Pierre, 39 ans, convulsions à quatre ans. Excès éthyliques. Première crise convulsive à 30 ans. Les crises sont annoncées par une aura sensorielle d'une durée d'un quart d'heure. Il entend un bruit de foule, des voix nombreuses et indistinctes. Il est maçon et quand l'aura survient, il descend des échafaudages et va s'asseoir.

A 31 ans, première fugue. Il était sur un échafaudage quand il ressentit les symptômes de l'aura. Il alla s'asseoir dans une chambre, puis il perdit conscience. Il sauta par une fenêtre dans un arbre, descendit de l'arbre, fit une course de plusieurs kilomètres et se retrouva dans un endroit inconnu. Durée de la fugue : 3/4 d'heure. Ses camarades l'avaient vu descendre de l'arbre et n'avaient pas compris ce qui lui arrivait. Amnésie complète.

Il lui est arrivé de vouloir partir ainsi de chez lui après une crise. Sa femme peut l'empêcher de sortir, mais il devient violent. Elle peut le maîtriser facilement parce qu'il n'a aucune force dans les membres supérieurs. « Il n'a de force que dans les jambes », dit sa femme.

Obs. X. — Mou. Pierre, 14 ans. A un an, affection appelée méningite. Convulsions dites dentaires jusqu'à 2 ans et demi. Depuis un an, absences suivies d'actes automatiques. Premier accès d'automatisme ambulatoire il y a quelques mois : début par des gestes incohérents, il mit un pantalon d'été alors qu'on était en hiver, puis il quitta brusquement le domicile de ses parents, se mit à courir sans but. Il entendait ce qu'on lui disait, mais ne paraissait pas comprendre. Il ne parlait pas. Durée : quelques minutes. Amnésie consécutive.

Obs. XI. — Mme Pel., 44 ans. Première crise convulsive à 32 ans. Elle a eu une première et seule crise ambulatoire il y a quelques mois. Elle s'est disputée à 7 h. du matin avec sa concierge, puis elle s'est retrouvée à 11 h. du soir dans le métro, à la station Couronne. Elle était pieds nus. Elle ne peut dire ce qui s'est passé entre 7 h. du matin et 11 h. du soir.

Obs. XII. — Mat., âgé de 34 ans. Convulsions à 5 mois. Commotionné, à 29 ans. Conducteur de train, son wagon a été pris en écharpe ; il a été projeté sur le sol. Perte de connaissance pendant dix minutes. Première crise deux mois après et deux crises par mois environ ensuite.

A 32 ans, crise d'automatisme ambulatoire. Il est parti de chez lui (à Saint-Ouen) vers midi et demi pour se rendre à son travail. Il s'est retrouvé dans l'île Saint-Denis, à 8 heures et demie du soir ; il était couché dans l'herbe, il était courbaturé, couvert de poussière. Il n'avait rien dépensé, il n'avait rien perdu. Il ne peut dire ce qu'il a fait.

Obs. XIII. — Berth., 30 ans. Première crise épileptique à 28 ans. Depuis quelques mois, plusieurs crises d'automatisme ambulatoire. Au cours d'une fugue, il a voulu se déshabiller dans la rue ; pendant une autre, il a marché pendant plusieurs minutes inconsciemment et a perdu trois quittances d'assurances sur la vie qu'il allait toucher.

Il y a quelques jours, il a été des Halles à l'Hôtel-de-Ville sans savoir quel chemin il a pris et sans qu'il ait besoin de venir dans ce quartier de Paris. Il a dû se conduire normalement. Il n'avait rien perdu quand il a repris ses sens, il a reconnu immédiatement l'endroit où il se trouvait, mais il avait complètement perdu la notion de l'heure. Sa fugue avait duré une demi-heure environ.

Obs. XIV. — Trot., 46 ans. Deux accès de convulsions infantiles à 5 mois. Première crise épileptique à 22 ans. Ce malade a été interné à 25 ans pour troubles mentaux épileptiques, et de 25 à 31 ans il a été interné 18 fois pour épilepsie psychique. L'internement a été déterminé plusieurs fois par des fugues. Dans une fugue, il a quitté le domicile de sa mère et est parti au cimetière où il a voulu déterrer le cercueil de son père, mort depuis plusieurs années. Arrêté et interné.

Dans une autre fugue, il est parti de chez lui et s'est rendu sur la voie du chemin de fer où il a voulu arrêter un train. Arrêté et interné.

Dans une autre fugue, il a quitté le domicile de sa mère, s'est déshabillé tout nu et a été arrêté à quelques centaines de mètres de chez lui.

Obs. XV. — Mme Bel., 27 ans. Fièvre typhoïde à 4 ans avec troubles mentaux. Première crise à 14 ans.

Depuis l'âge de 25 ans, elle a eu trois accès d'automatisme ambulatoire, d'une durée de quelques minutes à une demi-heure.

Un jour, elle a été rencontrée par une parente dans Paris ; elle marchait au milieu de la rue sans faire attention aux voitures et faillit se faire écraser. Elle fut reconduite chez elle. Après avoir repris son état normal, elle ne put se rappeler d'où elle était partie. Durée de la fugue : une heure environ.

Dans un autre accès, elle marchait dans une rue de la banlieue parisienne, elle avait laissé tomber son sac et continuait à marcher sans s'en apercevoir. Une personne ramassa le sac au moment où un voleur allait le dérober, elle voulut le lui remettre. Comme la malade ne répondait pas, cette personne comprit qu'elle était malade. Elle l'accompagna pendant quelques minutes jusqu'au moment où elle revint à elle.

Obs. XVI (1). — Br., 19 ans. Convulsions à six mois. Première crise à 7 ans. Depuis l'âge de 18 ans, les crises nocturnes sont convulsives ; Les accidents diurnes, plus rares, consistent en crise d'automatisme ambulatoire. Le sujet éprouve une sensation d'étouffement, puis perd conscience. Il ne tombe pas. Il marche alors droit devant lui pendant une ou deux minutes, sans savoir ce qu'il fait. Quand il revient à lui, il se retrouve dans un endroit inconnu et met quelque temps à s'orienter. Il constate alors qu'il s'est mordu la langue. Les personnes qui l'ont vu au cours de ces crises ont remarqué que sa bouche se crispait, que ses membres se raidissaient, qu'il ne parlait pas et ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Ce malade a eu plusieurs fois des crises dans des lieux très fréquentés, par exemple sur les grands

(1) M. Briand et L. Marchand. — Mal comitial caractérisé par des accès nocturnes d'épilepsie convulsive et par des accès diurnes d'automatisme ambulatoire. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 17 mars 1924.

boulevards de Paris. Il lui est arrivé de traverser des rues encombrées ; jamais on ne l'a arrêté.

Obs. XVII. — Fil., 53 ans. Première crise à 9 ans ; interné à Bicêtre jusqu'à 17 ans. A partir de cet âge, disparition des crises. Intelligent, il prépare Saint-Maixent, est reçu et est nommé sous-lieutenant. Excès éthyliques.

A 26 ans, fugue qui a duré sept heures. Il a quitté brusquement un soir son régiment et s'est retrouvé à Saint-Etienne. Amnésie complète sur toute la période de la fugue. Il n'a plus osé rentrer à son régiment. Arrêté, il a eu 30 jours d'arrêt ; puis, après avoir été examiné par Bourneville, il a été invité à démissionner. Dans la suite, il a eu de nouveau des crises convulsives.

Obs. XVIII. — Cz., 22 ans. Première crise à 15 ans. Vertiges très fréquents. A 20 ans, première fugue. Parti du domicile de ses parents qui habitent une grande ville, il a parcouru deux kilomètres environ, évitant les obstacles, les autos, sans attirer l'attention sur lui. Amnésie complète.

Une autre fugue eut lieu à bicyclette. Il a parcouru ainsi plusieurs kilomètres sans chute, sans accident ; quand il a repris son état normal, il était dans un endroit dans lequel il n'avait pas l'intention de se rendre ; amnésie consécutive.

Obs. XIX. — Opez., 49 ans. Première crise à 15 ans. Première fugue à 49 ans. Il quitte son domicile, à Saint-Ouen, vers midi, pour se rendre, comme d'habitude, dans un restaurant près de l'église des Batignolles. Il garde le souvenir précis de ce qu'il a fait jusqu'à son arrivée près de la porte Pouchet. Il est revenu à lui près de l'église des Batignolles, près de l'endroit où il devait déjeuner. Il avait marché environ une demi-heure. Le lendemain, un ami lui dit qu'il l'avait rencontré, mais qu'il ne devait pas être dans son état normal parce qu'il ne lui avait pas répondu quand il lui avait dit bonjour. Il a le sentiment qu'il a dû suivre le chemin qu'il pourcourt habituellement.

Obs. XX. — Lap., 39 ans. Convulsions de 8 mois à cinq ans. Première crise à 13 ans.

A partir de 28 ans, crises fréquentes d'automatisme ambulatoire précédées d'un éblouissement. Il déambule sans but pendant une heure. Il ne se fait pas remarquer, se gare des voitures et des tramways. Il éprouve ensuite une grande lassitude et un profond besoin de dormir.

Dans une crise, à Saint-Etienne, il a quitté son travail vers huit heures du matin ; il a repris conscience vers onze heures du matin. Il était en costume de travail, sans chapeau, sans cravate. Il était dans un magasin et réglait à la caisse le prix d'une cravate. Jamais

dans son état normal il n'aurait osé sortir dans une tenue aussi négligée.

Il y a deux ans, il était au restaurant, il a ressenti un éblouissement, puis brusquement il s'est sauvé dans la rue sans payer son repas. On a couru après lui et on a compris qu'il était malade. Il avait un air hagard, on l'a fait monter dans un taxi et on l'a reconduit chez lui où il s'est couché et s'est endormi. Amnésie complète.

Obs. XXI. — Mme Por., 28 ans. Crises convulsives depuis l'âge de 25 ans. Absences fréquentes suivies d'automatisme ambulatoire de courte durée.

Au cours d'une crise d'automatisme qui a duré plus longtemps que d'habitude, les faits se sont passés ainsi : elle était chez une amie quand elle eut une absence. Elle est partie sans dire un mot et elle est rentrée chez elle sans savoir comment. Elle portait un paquet quand elle a quitté son amie ; dans la rue elle l'a laissé tomber ; des personnes l'ont suivie, l'ont vue traverser la rue au milieu des autos, « comme un passant normal ».

Obs. XXII. — Bes..., 36 ans. Blessé à 25 ans par éclat d'obus à la région fronto-pariétale gauche. Trépanation. Coma durant deux jours, puis aphasie durant deux jours. Première crise convulsive 3 mois après la blessure. Plusieurs accès d'automatisme ambulatoire par an depuis l'âge de 26 ans ; ils sont de courte durée, d'un quart d'heure environ. Il se retrouve dans le voisinage de l'endroit où il a perdu conscience. Il doit se conduire correctement car jamais on ne l'a appréhendé. Amnésie consécutive.

Obs. XXIII. — Des., 24 ans. Convulsions à un an. Première crise convulsive à 10 ans. Premier accès d'automatisme à 24 ans. Un matin, vers 8 heures, il est parti chercher du lait, puis il a perdu conscience. Il est resté absent durant une heure et s'est retrouvé à 50 mètres de son domicile. Amnésie totale. Il avait marché beaucoup d'après l'état de ses souliers ; il avait gardé à la main la boîte au lait, mais il n'avait pas acheté de lait.

Obs. XXIV. — Mlle Mai., 14 ans. Première crise convulsive à 12 ans et demi.

Crises d'automatisme ambulatoire depuis quelques mois. Au cours de ces accidents, elle ne reconnaît personne, elle ne parle pas, elle n'entend rien. Elle continue son chemin sans se tromper ; elle revient à elle, étonnée d'avoir parcouru le chemin qu'elle devait faire sans se rendre compte qu'elle marchait. Quelquefois, une demi-heure après le retour de l'état normal, quelques souvenirs lui reviennent. Dans d'autres crises, il lui est arrivé d'aller plus loin que l'endroit où elle devait se rendre.

Obs. XXV. — Mme Rop., 30 ans. Première crise convulsive à 27 ans. Depuis quelques mois, plusieurs accès d'automatisme ambulatoire. Brusquement, elle perd conscience, elle continue à marcher sans attirer l'attention des passants, évitant les voitures, elle parcourt ainsi un kilomètre environ. Quand elle revient à elle, elle a oublié complètement ce qu'elle devait faire et elle est obligée de retourner chez elle pour voir ce dont elle a besoin. Fugue récente d'une durée d'un quart d'heure.

Obs. XXVI. — Mar., 31 ans. Premiers vertiges à 22 ans. Première crise convulsive à 27 ans. Il y a peu de temps, étant à bicyclette, il a parcouru en état d'automatisme deux kilomètres dans le Bois de Vincennes (de la porte de Charenton à Saint-Mandé), sans accident. Il a su éviter les autos et les obstacles. Il n'avait pas l'intention de faire ce parcours.

Obs. XXVII. — Jou., 57 ans. Trauma crânien grave (enfoncement de l'os frontal) à 12 ans. Première crise à 42 ans. Premier accès d'automatisme ambulatoire à 50 ans. Au moment de partir de chez lui à midi pour se rendre à notre consultation à l'hôpital Henri-Rousselle, perte de conscience ; il est retourné à l'usine où il était allé travailler le matin. Il reprit conscience à son arrivée à l'usine. Il ne sait comment il a parcouru le trajet de chez lui à l'usine qui est distante de plusieurs kilomètres. Durée de la fugue : une heure environ.

A 56 ans, nouvelle fugue. Sa femme l'envoie faire une course. Il est resté deux heures dehors, a repris conscience près de chez lui ; il est rentré sans avoir fait la commission. Il n'a pu se rappeler ce qu'il avait fait durant les deux heures d'absence.

Obs. XXVIII. — Gau..., 32 ans. Crises convulsives depuis plusieurs année. A deux reprises, il y a quelques mois, il a présenté un accès d'automatisme étant à bicyclette. Dans le premier, il a parcouru 150 mètres sur les grands boulevards parisiens sans accident ; dans un autre, il a parcouru à bicyclette deux cents mètres sur une route fréquentée, mais il marchait sur le côté gauche de la route au lieu de garder la droite. Un camarade voyant le danger qu'il courait l'a fait descendre de sa machine et c'est alors qu'il reprit conscience.

Obs. XXIX. — Sté... Première crise à 27 ans. Crises convulsives classiques et absences avec actes automatiques fréquents dans la suite. A 59 ans, première crise d'automatisme ambulatoire. Début par une absence qui survient à 8 heures du matin au moment où il quitte son domicile pour prendre le métro à la station de Reuilly avec l'intention de se rendre à la station Saint-Paul. Perte de conscience. Il a repris ses sens au moment où il sortait de la station Maillot du métro. Il a repris un billet pour revenir à la station Saint-

Paul. En rentrant chez lui, il s'est aperçu qu'il avait déchiré un billet de 10 francs dont il n'avait conservé que la moitié.

D'après les personnes qui ont été témoins de certaines de ses crises d'automatisme, ce sujet conserve un aspect correct mais il ne parle pas ou s'il parle on ne comprend pas ce qu'il dit. La durée du trouble est d'environ vingt minutes.

Obs. XXX. — Sih., 25 ans. Première crise à 18 ans. Excès éthyliques. Crises tous les 15 jours environ. A 22 ans, fugue. C'était en juin, il était allé le soir au cinéma ; après la représentation, il a été prendre de la bière avec un ami qu'il a reconduit au métro « Convention » (XV^{e} arrondissement) ; il était minuit environ. Il ne sait plus ce qu'il a fait ensuite. Il est revenu à lui le lendemain à 3 h. 1/2 de l'après-midi, dans la rue Pelleport (XX^{e} arrondissement). Il n'était pas sale, la semelle de ses souliers n'était pas usée. Il n'avait pas perdu d'argent et n'en avait pas dépensé. Il avait 115 fr. en allant au cinéma et il a retrouvé sur lui 99 fr. La différence correspondait à ses dépenses faites la veille au soir. Il avait très faim et était courbaturé. Aussitôt rentré, il a mangé, s'est couché et a dormi jusqu'au lendemain matin. Depuis, il n'a jamais eu d'autre fugue.

Obs. XXXI (1). — G. Charles, 35 ans. Traumatisme cranien grave à 22 ans. Un tonneau de 220 litres a roulé sur lui ; blessures graves de la face et du crâne ; perte de connaissance de plusieurs heures au moment de l'accident. Actuellement, on note un léger enfoncement à la région frontale gauche. Céphalée continue dans la suite et début des absences comitiales quelques semaines plus tard. Celles-ci sont devenues presque journalières.

Crises d'épilepsie psychique hallucinatoire et accès d'automatisme ambulatoire suivis d'amnésie.

Les accès d'automatisme ambulatoire se sont reproduits sept à huit fois par an et sont identiques, mais varient comme durée, les plus courts durant quelques minutes, les plus longs plusieurs heures. G... se retrouve à plusieurs kilomètres de chez lui. On a remarqué qu'il titubait pendant la marche.

Trois fugues ont été particulièrement importantes :

En 1925 (il avait 28 ans), il était restaurateur à Pau. Il est parti l'après-midi à pied et est revenu à lui à 4 heures du matin. Il avait parcouru 33 kilomètres et se trouvait en face de la Grotte de Lourdes, de l'autre côté du Gave de Pau. Il s'était endormi dans un fossé, le long de la route. Ses vêtements étaient sales, ses souliers usés. Il

(1) L. Marchand, Mlles Deschamps et Truche. — Epilepsie traumatique. Crises hallucinatoires et accès d'automatisme ambulatoire, tantôt conscients et mnésiques, tantôt inconscients et amnésiques. *Soc. méd.-psych.*, 8 juin 1933.

n'avait rien dépensé, car il a retrouvé sur lui la somme qu'il avait la veille. Amnésie totale portant sur toute la fugue.

Deuxième fugue en 1927, à l'âge de 30 ans. Il était maître d'hôtel à l'hôtel de Paris, à Monte-Carlo. Il est parti à 6 heures du soir, habillé en smoking, et il s'est réveillé à 4 heures du matin, à Marseille, dans un des wagons du train garé à la gare de la Blancarde. On lui avait volé son argent, son stylo et sa montre. Amnésie totale portant sur toute la durée de la fugue.

En septembre 1929, à l'âge de 32 ans, troisième fugue. Il a quitté vers 9 h. le restaurant où il travaillait à Nice pour rentrer chez lui. Il n'est revenu à son domicile qu'à 3 heures du matin sans avoir repris conscience. Il s'est couché, puis a voulu étrangler sa femme. Il n'est revenu à lui que dans la matinée. Amnésie consécutive complète. D'après ce que lui a dit sa femme, il avait perdu ses manchettes, il était trempé par la pluie, ses souliers étaient couverts de boue.

Plusieurs fois, ce sujet, trouvé égaré dans la rue, a été hospitalisé à l'Hôpital de Nice. Il a été interné à l'Asile d'aliénés Saint-Pons de Nice en 1929, 1930 et 1932. Il a été interné en 1933 à l'asile Sainte-Anne à la suite d'une fugue hallucinatoire pendant laquelle il a été de Nice à Jonchery, près de Reims.

Obs. XXXII. — Mme Mil., 54 ans. Première crise à 38 ans suivie d'automatisme coordonné ; elle est entrée chez un épicier qu'elle ne connaissait pas et s'est mise à servir les clients pendant 1/4 d'heure, puis elle est rentrée chez elle où elle a repris conscience. Crises toutes les semaines, suivies très souvent d'actes automatiques coordonnés (cirer et frotter le plancher, faire le ménage, laver du linge). Blessures au cours des crises convulsives.

A 47 ans, crise d'automatisme ambulatoire. Elle était à son travail rue Amelot, à Paris ; à 11 h. 1/2, elle l'a quitté brusquement et est rentrée chez elle rue Tiquetone en suivant le même chemin que celui qu'elle prenait habituellement. Elle a traversé les rues sans incident. Chez elle, elle a fait correctement son ménage, elle a nettoyé la cage de ses oiseaux sans les laisser s'échapper (déclaration de ses camarades). Elle a repris conscience à midi vingt. Amnésie totale.

Obs. XXXIII. — Am. Raoul, 56 ans. Commotionné à 38 ans. Première crise convulsive un mois après. Crises fréquentes ensuite. Actes automatiques coordonnés.

A 50 ans, première fugue. Il a perdu conscience dans la matinée, il ne peut dire exactement l'heure (ce malade habite Paris). Il s'est retrouvé à Chantilly sur le champ de course vers 3 heures. Il pleuvait et il n'avait pas de parapluie ; ses habits étaient couverts de boue. Il avait un billet de retour dans sa poche. Il avait perdu ou on lui avait volé son portefeuille qui contenait 600 francs. Il n'avait jamais été à Chantilly.

Deuxième fugue à 55 ans. Il est resté perdu sur la place de la Bastille pendant quatre heures. C'est un agent qui l'a ramené chez lui.

Obs. XXXIV (1). — Gou. Emile, chauffeur de taxi. Syphilis à 33 ans. Tabès. Première crise épileptique à 49 ans. Crises dans la suite survenant par séries.

Deux ans après le début des accidents comitiaux, premier accès d'automatisme. Vers 7 heures du soir, il prit un client avenue Kléber pour le conduire au marché aux fleurs de la Madeleine. Il perdit conscience et se retrouva sur le boulevard des Invalides « en train de rouler », se demandant comment il avait pu conduire sa voiture dans des lieux aussi encombrés. Il a stoppé, puis il a dit à son client « qu'il était préférable qu'il prenne un autre taxi ». Ce malade, revu les années suivantes, a continué à avoir des éblouissements, mais il n'a plus jamais présenté d'accès d'automatisme.

Obs. XXXV (2). — Mme Sab. Mère épileptique et spécifique. Première crise épileptique à 23 ans.

Première fugue à 24 ans. Elle est prise d'un malaise dans le métro à 7 h. 1/2 du matin. On la fait descendre en cours de route ; le chef de station l'accompagne jusqu'à la sortie et lui dit : « Redescendez quand vous irez mieux, on vous laissera passer. » A partir de ce moment, la malade a perdu tout souvenir ; elle se retrouve, à 11 heures et demie, dans une commune de banlieue qu'elle ne reconnaît pas et qu'elle ne peut préciser. Elle demande le chemin de Paris. Nouvelle perte de conscience et elle « se retrouve » au Châtelet dans un tramway, le conducteur l'ayant interpellée parce qu'elle ne s'était pas aperçue de l'arrivée au terminus. Elle demande le chemin de son domicile à une passante et elle rentre chez elle vers 2 heures, elle se couche et s'endort jusqu'à 5 heures du soir.

Nouvel accès d'automatisme quelques jours plus tard, à la suite d'un vertige.

Obs. XXXVI. — Mal., 36 ans, commotionné par éclatement d'obus en 1915 à 19 ans. Perte de connaissance durant plusieurs jours. Hémiplégie droite transitoire. Première crise épileptique convulsive douze jours après la commotion ; quatre crises à caractère classique dans les quatre mois suivants. Suspension des crises ensuite. Réapparition en août 1916. Internement à l'asile de Marseille en mars 1917 pour confusion post-épileptique. Crises rares dans la suite, mais absences fréquentes. Quelques excès éthyliques et excès de café.

En septembre 1932, à 35 ans, première crise d'automatisme ambu-

(1) Voir E. Toulouse et R. Dupouy. — *Société de Méd. légale,* 20 avril 1925.

(2) E. Toulouse, L. Marchand et Montassut. — Manifestations conscientes et inconscientes au cours de l'automatisme ambulatoire comitial. *Soc. clin. de Méd. ment.,* 16 mars 1925.

latoire. Il était parti à 8 heures du matin voir ses clients. Il s'est retrouvé à la gare d'Orléans ; il était 11 h. 1/2 environ ; il avait son billet de retour sur lui. Il se sentait très fatigué. Il avait dû perdre de l'argent, mais n'a pu préciser la somme. Il est rentré immédiatement à Paris. Sa femme lui a trouvé la figure pâle, les traits tirés ; il s'est couché aussitôt et a dormi longtemps. Amnésie complète.

Deuxième accès d'automatisme ambulatoire en décembre 1932. Il avait vu un client rue de Tolbiac, vers 5 heures du soir. Puis perte de conscience. Il a été arrêté le lendemain à 5 heures du matin par un agent. Il glissait depuis une heure sur le lac d'Enghien qui était gelé. Il n'avait rien perdu. Sa tenue était convenable.

En mai 1933, crise épileptique suivie de confusion mentale et tentative inconsciente de suicide qui nécessite son internement à Sainte-Anne. Disparition rapide des troubles mentaux.

Ce malade, en 1932, a signé un chèque de 600 fr. au porteur sans avis à la banque, en état d'automatisme comitial ; il l'a écrit sur un chéquier qui ne lui appartenait pas. Il a toujours ignoré le nom de la personne à laquelle il l'a remis. Le chèque n'a pas été payé parce qu'il n'avait pas prévenu la banque.

⁂

L'étiologie de l'épilepsie chez les sujets atteints d'accès d'automatisme ambulatoire ne diffère pas de celle de l'épilepsie en général. Nous trouvons chez nos 36 malades les convulsions infantiles dans 8 cas (obs. IV, IX, X, XII, XIV, XVI, XX et XXIII), 6 fois un trauma cranien (obs. XII, XXII, XXVII, XXXI, XXXIII, XXXVI), la syphilis nerveuse dans un cas (obs. XXXIII), et l'hérédo-syphilis dans 2 cas (obs. I et XXXV). Un de nos malades avait été atteint de fièvre typhoïde avec troubles mentaux (obs. XV). Enfin, chez cinq sujets seulement, on notait, surajoutée à l'épilepsie, l'intoxication alcoolique (obs. VIII, IX, XVII, XXX et XXXI). Chez aucun on ne relevait une tendance constitutionnelle à la fugue.

Dans les antécédents de ces épileptiques fugueurs, on ne note pas plus fréquemment le somnambulisme de l'enfance que chez les autres comitiaux.

D'après le tableau ci-joint (tableau 1), concernant les 35 sujets atteints de crise d'automatisme ambulatoire, on peut remarquer qu'il n'y a aucune règle à établir entre l'âge au début de l'épilepsie et l'âge au moment de la première fugue. Chez un sujet comitial depuis l'âge de 15 ans, le premier accès d'automatisme est survenu à 49 ans. Chez un autre, épileptique depuis l'âge de 27 ans, la première fugue a eu lieu à l'âge de 59 ans.

TABLEAU I

Noms	N° de l'obs.	âge à la 1re crise	âge à la 1re fugue
Mou.....	(Obs. 10)	13 ans	13 ans
Mlle Ma.....	(— 24)	12 —	14 —
M. Br.....	(— 16)	7 —	18 —
M. Cz.....	(— 18)	15 —	20 —
M. Bo.....	(— 1)	18 —	20 —
M. Lam....	(— 6)	14 —	22 —
M. Soh.....	(— 30)	18 —	22 —
M. Gi.....	(— 7)	20 —	22 —
M. Gal.....	(— 31)	22 —	23 —
M. Des.....	(— 23)	10 —	24 —
M. Duc.....	(— 8)	14 —	24 —
Mme Sab....	(— 35)	23 —	24 —
Mme Bel....	(— 15)	14 —	25 —
M. Tro.....	(— 14)	22 —	25 —
M. Dep.....	(— 4)	16 mois	26 —
M. Fil.....	(— 17)	9 ans	26 —
Mme Por....	(— 21)	25 —	26 —
M. Bes.....	(— 22)	25 —	26 —
M. Lap.....	(— 20)	13 —	28 —
M. Mar.....	(— 26)	22 —	30 —
Mme Rap...	(— 25)	27 —	30 —
M. Ber.....	(— 13)	28 —	30 —
M. Men.....	(— 9)	30 —	31 —
M. Din.....	(— 5)	17 —	32 —
M. Gau.....	(— 28)	28 —	32 —
M. Mat.....	(— 12)	29 —	32 —
M. Mal.....	(— 36)	19 —	35 —
M. Lef.....	(— 2)	19 —	38 —
M. Bor.....	(— 3)	13 —	40 —
Mme Pel....	(— 11)	32 —	44 —
Mme Mil....	(— 32)	28 —	47 —
M. Opez....	(— 19)	15 —	49 —
M. Jou.....	(— 27)	42 —	50 —
M. Am.....	(— 33)	38 —	50 —
M. Jou.....	(— 34)	49 —	51 —
M. Sté.....	(— 29)	27 —	59 —

Une autre constatation plus importante ressort de cette statistique, c'est que les fugues apparaissent surtout chez les sujets ayant atteint ou dépassé l'âge adulte (33 observations sur 36). L'automatisme ambulatoire multiplie ses possibilités avec l'âge et surtout avec les habitudes acquises sous forme de réflexes

conditionnels. Comme l'a montré notre élève Picard (1), les tendances automatiques épileptiques sont, en général, fonction de l'âge.

L'automatisme ambulatoire succède rarement aux crises convulsives ou aux vertiges accompagnés de chute. Cependant après ces accidents, les sujets restent souvent pendant un certain temps dans un état de demi-hébétude, d'obnubilation, dans un état intermédiaire à la perte de connaissance et au retour intégral du psychisme qui semblerait devoir favoriser cette forme d'automatisme. Nous ne notons ce fait que dans trois observations (obs. IV, IX et XXXV). Dans un autre cas, le sujet, après sa fugue, a remarqué qu'il s'était mordu la langue (obs. XVI).

Il est possible que l'accès d'automatisme comitial soit quelquefois précédé par un rudiment d'accès épileptique qui peut passer inaperçu et dont la constatation serait des plus importantes pour en spécifier la nature.

La plupart de nos malades ont pu préciser à quel moment exact ils ont perdu conscience ; et il est curieux de voir combien ils gardent généralement un souvenir exact de tout ce qu'ils ont fait immédiatement avant le début de l'accès.

L'automatisme ambulatoire se déclanche brusquement sans motif, comme une absence. Il n'y a pas abandon de domicile ; la fugue prend l'épilepsie n'importe où. Plusieurs fois les sujets ont accusé au début de leur accès ambulatoire la sensation de chute, de tournoiement qui caractérise souvent le début d'un vertige (obs. IV, V, VII, VIII, XXXV). Chez certains, l'accès ambulatoire est annoncé par une aura (obs. XVI, XX), la même qui survient au début de leurs crises convulsives, parfois par de la céphalée.

Nous n'avons jamais vu l'aura consister en une fugue. Certains épileptiques, avant leurs crises, éprouvent le besoin de se déplacer, de remuer, mais l'acte ne prend pas la forme clinique d'une fugue et les sujets gardent le souvenir exact du trouble subi. Il s'agit, en l'espèce, d'une impulsion consciente.

Dans une seule observation, la fin de la fugue a été marquée par une crise convulsive avec chute.

La durée de l'accès d'automatisme est très variable. D'après le tableau II, nous voyons que les accès ayant eu une durée de quelques minutes à une demi-heure sont les plus fréquents (31 sur 52), que ceux d'une heure sont déjà rares, que les fugues

(1) J. Picard. — Des actes automatiques de nature comitiale. Essai d'interprétation. *Thèse de Paris*, 1927, Jouve, éd.

qui ont une durée de plusieurs heures à 24 heures sont encore plus rares (15 sur 52). Dans aucune de nos observations, la fugue n'a duré plusieurs jours. Chez un même sujet, les accès d'automatisme peuvent avoir une durée différente.

Quant aux moyens de locomotion employés, nous trouvons dans 37 cas la marche seule, dans 5 cas la bicyclette, dans 2 cas

TABLEAU II

Durée de l'automatisme ambulatoire	Nombre de cas	Observations
Quelques minutes à un quart d'heure	24	(Obs. 1, 2, 4, 6, 10, 15, 16, 20, 25, 26, 28, 29, 33).
Une demi-heure	7	(Obs. 3, 5, 8, 13, 18, 19 21).
Trois-quarts d'heure	1	(Obs. 9).
Une heure	5	(Obs. 14, 15, 23, 27).
2 heures	1	(Obs. 27).
3 —	2	(Obs. 20, 35).
5 —	1	(Obs. 7).
6 —	2	(Obs. 32 et 33).
7 —	2	(Obs. 7 et 17).
8 —	1	(Obs. 12).
10 —	1	(Obs. 31).
12 —	2	(Obs. 31, 35).
15 —	1	(Obs. 30).
16 —	1	(Obs. 11).
24 —	1	(Obs. 31).
	52	

la marche et le tramway, dans 5 cas, la marche et le chemin de fer, dans 2 cas, la marche et le métro, dans un cas l'automobile.

Au cours de l'automatisme, la marche est rarement normale. Certains malades ont une démarche spasmodique, d'autres titubent ; la marche peut être rapide. Certains sujets semblent se sauver (fugue avec procursion, épilepsie précursive (Bertrand) (1). L'accès peut consister en une course folle qui se termine par la chute du malade épuisé (Ortali) (2).

⁂

(1) BERTRAND. — De l'épilepsie procursive et des fugues épileptiques. *Thèse de Paris*, 1908-1909.

(2) C. ORTALI. — Sur les équivalents épileptiques. *Gaz. degli Ospedali e delle Clinichi*, N° 10, p. 101, 24 janv. 1904.

Quant on parcourt les nombreux travaux publiés sur la fugue, on en infère qu'il existe deux formes d'automatisme ambulatoire avec amnésie : 1° Dans certains cas, les actes accomplis pendant la déambulation trahissent un automatisme inférieur mal adapté aux circonstances et se manifestant par des réactions désordonnées : c'est la fugue incoordonnée. 2° Dans d'autres cas, les actes sont plus ou moins cohérents et logiques. Dans cette seconde forme, le comportement du sujet se rapprocherait de celui d'un individu normal. Il utilise ses connaissances acquises, peut accomplir des opérations plus ou moins complexes : demande de renseignements, réponse aux questions ; il prend le chemin de fer, déjeune dans les restaurants, ne se trompe pas dans le règlement de ses notes. Il reprend connaissance dans une localité plus ou moins éloignée de son domicile et inconnue de lui, il ne garde aucun souvenir des actes qu'il a accomplis : c'est la fugue coordonnée. Les observations de Charcot (Paris-Brest), de Cabadé (Bordeaux-Hyères), de Voisin (Aix-Paris), de Legrand du Saulle (Le Hâvre-Bombay) sont cités dans la plupart des traités.

La première de ces deux formes est admise sans conteste par tous les cliniciens et encore faut-il qu'elle survienne chez des sujets qui ont présenté antérieurement des accidents épileptiques (crises, vertiges, absences). Certains auteurs hésitent encore à poser le diagnostic de fugue épileptique quand l'accès d'automatisme survient chez des individus qui n'ont jamais été atteints de manifestations comitiales communes.

La deuxième forme, la fugue coordonnée, est rejetée par de nombreux cliniciens. L'hypothèse d'une conscience rudimentaire, permettant l'accomplissement d'actes compliqués et veillant à leur exécution, a été vivement critiquée.

Féré écrit (1) : « Si les actes en question sont inconscients, on doit convenir qu'il s'agit d'une singulière inconscience ; il est capable de se rendre dans une ville où il n'est jamais allé, en se conduisant de telle façon que personne ne le remarque ; il donne des preuves d'initiative et il agit comme il pourrait le faire en état de santé, en tenant compte de ses connaissances acquises, c'est-à-dire en donnant la preuve de la conservation de la mémoire. »

Pitres met aussi en doute la légitimité du diagnostic d'automatisme ambulatoire comitial chez ces sujets qui exécutent des fugues prolongées semblables à celles qui s'observent chez les hystériques. Il n'admet que l'épilepsie procursive. « De telle

(1) Féré. — *Les épilepsies et les épileptiques,* Paris, 1890, p. 139.

sorte, ajoute-t-il, que nous sommes amenés à nous demander si les grands accès typiques d'automatisme ambulatoire — ceux qui durent plusieurs jours ou plusieurs semaines — sont bien de nature épileptique et contraints à déclarer, après un examen attentif des observations connues, que cela n'est pas encore démontré d'une façon certaine. »

Babinski écarte aussi le diagnostic d'épilepsie quand, pendant la fugue, la conduite du sujet est correcte.

L'opinion de Joffroy et Dupouy (1) est encore plus catégorique. Reprenant les observations de Legrand du Saulle, de Charcot, de Duponchel, de Chantemesse et Widal, de Grandjean, de Cabadé, de Gilbert (2), de Durquet, d'Angell (3), ils concluent : « Ces malades ne sont pas des épileptiques ; ce sont des hystériques. » Ils émettent également un doute sur la nature de certaines fugues rapportées par Guyot (4), Pagnier (5), Schultze (6), et Burgl (7). Dupouy et Schiff (8) insistent pour que la grande fugue avec conduite irréprochable soit éliminée du cadre de l'épilepsie psychique. Pour ces auteurs, la fugue épileptique ne se produirait qu'à la faveur d'un état confusionnel et se terminerait par une période de sommeil ; le vigilambulisme, où l'activité réflexe se trouve conservée, ne serait pas de nature comitiale, car les malades atteints de cette affection « sortent de leur état automatique ou second sans éprouver l'immense besoin de dormir ; ce sont des somnambules et ils sont sujets au vigilambulisme, analogue au somnambulisme classique et très voisin de l'hystérie ».

Pour apprécier le comportement des sujets pendant l'automatisme ambulatoire, il ne faut tenir compte que des accès pendant lesquels des personnes dignes de foi ont observé les faits et gestes des malades.

(1) *Loc. cit.*, p. 337.

(2) A. Gilbert. — Un cas de personnalité multiple. *Méd. rec.*, 9 août 1902.

(3) E.-B. Angell. — Un cas de double conscience type amnésique. *Amer. Neur. Assoc. Boston*, 4-5 juin 1906.

(4) Guyot. — Automatisme ambulatoire. *Rev. méd. de l'Est*, 1er juin 1891.

(5) Pagnier. — Causes sociologiques évolutives du vagabondage. *Thèse*, 1906.

(6) Schultze. — Contribution à l'étude des troubles pathologiques de la conscience (automatisme ambulatoire). Congrès de Bonn, sept. 1898 et *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 6 févr. 1899.

(7) *Loc. cit.*

(8) Dupouy et Schiff. — Sur l'étiologie et les caractères cliniques de certaines fugues. Automatisme ambulatoire et ambulomanie constitutionnelle. *Ann. Méd.-psychol.*, 12e série, t. 2, 1925, p. 364.

Il ne suffit pas de savoir qu'un malade a pu marcher inconsciemment pendant plusieurs heures pour reprendre conscience dans tel endroit sans avoir été remarqué ou appréhendé pour en déduire que le comportement a été correct. Pour préciser l'état mental des épileptiques pendant les accès d'automatisme, nous n'avons retenu dans notre étude que les 52 accès pendant lesquels nous avons été renseignés sur le comportement des sujets.

Si nous examinons ce comportement, nous pouvons l'assimiler à celui qui s'observe au cours des actes automatiques de nature épileptique (1). C'est dire qu'il peut présenter les plus grandes variétés suivant les degrés de la carence des fonctions cérébrales supérieures. Dans l'automatisme ambulatoire on peut observer toutes les nuances entre le simple réflexe médullaire d'habitude sans aucune participation de l'activité cérébrale, la déambulation avec accomplissement d'actes instinctifs de préservation et enfin l'accomplissement de longs trajets avec adaptation du comportement aux sollicitations habituelles ; l'automatisme ambulatoire rentre dans ce dernier cas dans les formes d'automatisme correct ou coordonné qu'avec MM. Toulouse et Picard (2) nous avons qualifié d'eupraxique. Ces diverses nuances expriment les degrés divers d'un même état et non des états différents (Thibault) (3).

Dans le premier degré, l'automatisme médullaire ou moteur concernant la marche seul persiste ; dans le deuxième, à l'automatisme médullaire s'associent des réflexes d'habitude permettant d'éviter inconsciemment les obstacles et les dangers. L'activité intellectuelle est réduite mais suffisante pour permettre une certaine vigilance continue, une certaine attention inconsciente. Dans le troisième degré, le sujet accomplit des actes compliqués, cohérents, suffisamment corrects pour ne pas se faire remarquer, mais ces actes sont accomplis machinalement. Le comportement moteur et mental s'adapte aux situations du moment par conservation de l'activité idéomotrice. Ce sont encore des réflexes d'habitude mais d'un ordre mental plus élevé.

Parmi nos 52 exemples d'automatisme ambulatoire, 15 se rapportent au premier degré, 23 au second et 14 au troisième.

Dans le premier degré, il y a suspension complète de l'acti-

(1) J. Picard. — *Loc. cit.*

(2) E. Toulouse, L. Marchand et J. Picard. — De l'automatisme épileptique eupraxique. *Presse médicale*, 29 décembre 1928.

(3) L. Thibault. — Fugues conscientes et inconscientes. *Gaz. méd. de Nantes*, 1930.

vité psychique. Le faciès est égaré, inexpressif, indifférent, souvent inerte. La tenue est désordonnée ; le malade peut partir de chez lui dans une tenue sommaire ou même complètement nu. Il ne parle pas, ne comprend pas ce qu'on lui dit, comme s'il était atteint de surdité psychique. Il n'évite pas les obstacles ; il semble atteint de cécité psychique et il s'expose aux plus graves dangers (défénestration, submersion, accidents d'automobiles, etc.). En raison de ce comportement, le sujet est bientôt appréhendé et arrêté dans sa fugue. Il revient à lui soit dans une infirmerie, un hôpital ou un asile d'aliénés.

Dans le deuxième degré, le faciès du malade est indifférent, quelquefois contracté. La tenue est souvent incorrecte ; le malade se met à déambuler dans le costume où il se trouve. Un de nos sujets se retrouve dans un grand magasin, sans casquette, revêtu d'un bourgeron sale. Dans un cas de Trousseau, un ancien président du Tribunal assistant à une séance de société savante à l'Hôtel de Ville, se lève subitement, sort sans chapeau et est étonné de se retrouver sur le quai de Gèvres. Les malades peuvent accomplir un parcours compliqué en se conduisant suffisamment correctement pour ne pas être appréhendés s'ils ne se livrent pas à quelques actes antisociaux. Ils évitent les obstacles, traversent les rues sans se faire écraser; mais si on analyse leur comportement, on remarque combien les actes sont généralement peu compliqués et souvent illogiques. Ils ne reconnaissent pas les personnes qu'ils rencontrent, ils ne parlent pas ou ne répondent aux questions que par des monosyllabes. Les réponses sont rarement adaptées. Le timbre de la voix est souvent changé. Un de nos sujets trouve dans sa poche, après l'accès d'automatisme, un billet de 10 francs qu'il a déchiré et dont il n'a gardé que la moitié. Les malades, s'ils achètent quelques objets, ne vérifient pas la monnaie qu'on leur rend ou s'en vont sans payer. On les considère souvent comme des sujets en état d'ivresse. Ils perdent des papiers importants ; on leur vole leur porte-monnaie, leur portefeuille, leur montre. Souvent ils ne mangent pas, ne boivent pas. Ils n'ont aucune notion de l'heure. Certains vivent comme des bêtes, cherchant leur nourriture dans des tas d'ordures et d'épluchures (Pech) (1). Le sujet ne prend aucun soin de sa toilette, ses vêtements, suivant le temps, sont couverts de poussière, de boue ou sont trempés par la pluie ; il se couche dans un endroit quelconque, dans un fossé, sur un banc ; il perd une partie de

(1) Pech. — *Loc. cit.*

ses habits, son chapeau, son pardessus, ses manchettes, etc. Il reprend conscience plus ou moins loin de chez lui, en plein champ, dans un wagon, quelquefois en prison quand ils ont été arrêtés pour vagabondage. Certains malades se retrouvent près de leur domicile, mais, d'après leur tenue et l'état de leurs souliers, ils reconnaissent qu'ils ont dû marcher longtemps.

Le troisième degré constitue la forme la plus élevée de l'automatisme. Les malades utilisent certains souvenirs alors que ce qu'ils font ou pensent ne s'enregistre que partiellement ou pas du tout dans la mémoire. Il y a suspension de la fonction d'acquisivité mnésique suivant le terme employé par de Morsier. La conscience est annihilée, laissant plus ou moins intact le fonctionnement des autres activités cérébrales (activité psychique inconsciente). Pendant la fugue, la vigilance est automatique, latente et inconsciente ; mais les actes ne sont pas accomplis harmonieusement en vue d'un but déterminé. Ces sujets, dirons-nous avec Picard, sont plutôt des absents que des confus ou des rêveurs. Leur état mental se rapproche de celui de l'individu qui, absorbé par une idée ou épuisé par la fatigue, exécute certains actes inconsciemment dont il ne garde qu'un souvenir incomplet ou nul. Les manifestations motrices sont généralement celles que le sujet a l'habitude d'accomplir d'une façon réflexe. Les actes ne paraissent pas motivés ou en rapport avec une idée, des désirs ou des tendances affectives (Mc Carty).

Pendant l'accès, certains sujets se laissent conduire « comme une mécanique aveugle qu'il suffit de diriger » (Lagasquie) (1). On peut leur faire exécuter certains ordres, leur faire écrire quelques phrases, leur dicter un testament, actes dont ils ne gardent aucun souvenir. D'autres entrent en fureur dès qu'on tente de les arrêter dans leur marche (Althaus) (2).

Le retour à l'état normal se fait généralement brusquement, spontanément. Parfois, il a lieu sous l'influence d'une incitation extérieure, pression d'un bras, secousse, parole, bruit violent et soudain (corne d'auto). Un de nos sujets au cours d'un accès d'automatisme à bicyclette est revenu à lui au moment où il faisait une chute ; son vêtement s'était pris dans la chaîne. Un autre malade reprit conscience au moment où il tombait à l'eau ; un autre sous l'influence d'une tape sur l'épaule. Ainsi si généralement, les incitations extérieures restent sans effet sur la

(1) Lagasquie. — Vertige épileptique. *Soc. Méd. psych.*, 11 novembre 1844.
(2) Althaus. — Automatisme épileptique. *The British Med. Journ.*, 27 févr. 1886, p. 294.

crise d'automatisme (Baruk) (1), il est des cas où elles peuvent la faire cesser.

Le malade revient à lui, étonné de se trouver dans un lieu qu'il ne connaît pas. Dans certains cas, il reste encore obnubilé durant quelques instants et le retour à l'état normal se fait progressivement. Contrairement à l'opinion de Raymond, il est exceptionnel de voir l'accès d'automatisme se terminer par un accident épileptique, aussi léger soit-il.

Après les fugues d'une certaine durée, les sujets sont exténués, épuisés, leur langue est saburrale ; ils présentent une légère élévation de température. Dès qu'ils le peuvent, ils se couchent et s'endorment profondément pendant plusieurs heures (Ottolenghi) (2). Même après de nombreux accès d'automatisme ambulatoire, on ne constate pas d'affaiblissement intellectuel.

L'accès d'automatisme peut évoluer en plusieurs temps. Le malade reprend conscience brusquement, s'arrête, demande son chemin, puis l'état d'automatisme reparaît et le sujet se retrouve de nouveau dans un endroit inconnu. Ses souvenirs ne portent que sur les périodes intercalaires de lucidité.

Sur nos 52 accès d'automatisme, nous notons l'absence de but dans 46 fugues. Les sujets ont repris connaissance dans des endroits inconnus d'eux ou dans lesquels ils n'avaient pas l'intention de se rendre quand ils étaient dans leur état normal. Dans trois cas, les sujets sont revenus à leur domicile où ils ont repris conscience, dans le quatrième, le sujet a atteint l'endroit où il devait se rendre. Ces malades ont parcouru un trajet qu'ils avaient l'habitude de faire. Dans trois de ces cas, le comportement était correct ; dans le quatrième (obs. 21), la malade est rentrée chez elle et cependant son comportement était inadapté.

L'amnésie lacunaire portant sur toute la durée de l'accès d'automatisme, sur tous les faits et gestes accomplis pendant la déambulation, a été totale, complète, 49 fois sur 52 cas. Elle est donc extrêmement fréquente et s'observe aussi bien après des fugues incorrectes qu'après des fugues coordonnées et c'est avec raison que, depuis longtemps, on la considère comme un symptôme important (Parant, Régis, Sollier).

Dans 3 cas seulement, les sujets ont conservé quelques souvenirs parcellaires des actes qu'ils avaient accomplis, des lieux où ils étaient passés. Chez ces sujets, l'accès d'automatisme avait

(1) H. Baruk. — Sur quelques aspects de l'automatisme épileptique et des autres variétés d'automatisme. *Semaine des Hôp. de Paris*, 15 juil. 1930.

(2) Ottolenghi. — Les épilepsies psychiques. *Riv. Speri. di fren.*, t. XVII, fasc. 1 et 2.

été entrecoupé de phases très courtes au cours desquelles la lucidité était reparue momentanément et quelques souvenirs avaient pu se fixer. Il faut toutefois reconnaître que des actes semblant indiquer qu'ils ont été exécutés avec réflexion, qu'ils ont nécessité un certain choix, peuvent ne laisser aucun souvenir (Toulouse, Marchand et Montassut) (1). Il est par contre exceptionnel d'observer des accès d'automatisme ambulatoire à comportement incorrect sans amnésie consécutive ; le fait peut cependant se rencontrer. C'est ainsi que, dans une observation de H. Claude et Baudouin (2), la malade âgée de 25 ans, épileptique depuis l'âge de 18 ans, pendant les crises d'automatisme qui duraient deux heures, marchait à grands pas, courait, parfois dansait ; elle avait les yeux hagards, les gestes automatiques, faisait des contorsions. Cette malade ne perdait pas connaissance et après la crise elle expliquait ainsi son comportement : « Une idée plus forte que moi sans doute me prend de m'en aller dans la cour en criant que je voulais m'en aller. Par trois fois, ces crises m'ont prises comme si c'était un être surnaturel qui se trouve en moi dans ces moments qui me forcent malgré moi de crier. »

A propos de ces actes ignorés, accomplis logiquement, on peut alors se demander si la conscience, pendant l'accès, est suspendue ou simplement diminuée. Ces cas supposent, dit Artin-Delteil, « l'exercice d'une subconscience ou conscience rudimentaire incapable toutefois d'emmagasiner les impressions et de faire acte de mémoire ».

On peut aussi penser que la conscience n'est pas suspendue et qu'il s'agit d'un défaut de mémoire portant sur tout ce qui a été accompli pendant l'accès. Quand, par exemple, un malade au cours de son accès d'automatisme, prend un billet de chemin de fer pour une destination quelconque où il n'a que faire et descend à la gare indiquée sur le billet, il faut reconnaître que, durant toute la durée du parcours, la mémoire et la conscience n'étaient pas suspendues mais libérées de toute direction supérieure. Victor Parant ne regarde pas l'inconscience comme un signe absolu d'impulsion épileptique irrésistible (3).

Un même sujet peut présenter plusieurs accès d'automatisme

(1) E. Toulouse, L. Marchand et Montassut. — *Loc. cit.*

(2) H. Claude et A. Baudoin. — Sur une forme de délire ambulatoire automatique conscient chez des épileptiques. *L'Encéphale,* an 11, n° 2, p. 180-186, 25 févr. 1907.

(3) V. Parant (père). — Les impulsions irrésistibles. *VI^e Congrès des Méd. alién. et neurol.,* Bordeaux, 1895.

dont certains seront suivis d'amnésie lacunaire complète et d'autres d'une amnésie partielle (Maxwell). Il est intéressant de noter que, dans les trois accès d'automatisme à la fin desquels les sujets ont atteint le but qu'ils s'étaient proposé, deux fois l'amnésie n'a été que partielle ; ils avaient conservé une notion obscure des faits accomplis. On peut admettre que, dans ces accès, la conscience n'était pas complètement annihilée (Despine) (1).

Chez certains comitiaux, les accès d'automatisme ambulatoire peuvent être tantôt inconscients et amnésiques, tantôt conscients et mnésiques (Marchand, Mlle Deschamps et Mlle Truche); ces modifications se font parfois sous l'influence du traitement au gardénal (Claude et Baruk) (2).

Il est exceptionnel de voir les accès d'automatisme ambulatoire revêtir la même forme chez le même malade. Les accès diffèrent comme durée, comme actes accomplis. Enfin, il est fréquent d'observer d'autres manifestations d'épilepsie psychique chez les sujets atteints d'automatisme ambulatoire (actes automatiques, confusion mentale, délire hallucinatoire, crises de fureur, etc.) (Fillassier) (3).

Dans l'ignorance où nous nous trouvons des processus cérébraux qui concourent à la conscience, à la volonté, aux tendances affectives, à l'enregistrement des souvenirs, nous nous abstiendrons de toutes hypothèses psychologique, physiologique ou anatomique concernant la pathogénie de l'automatisme ambulatoire épileptique.

2° L'accès d'automatisme ambulatoire précède le début des accidents convulsifs

Ces cas sont rares. Nous n'en avons observé que cinq contre 64 dans lesquels les accès convulsifs épileptiques étaient apparus avant l'accès d'automatisme ambulatoire. Certains cliniciens prétendent qu'on ne peut affirmer que ces sujets n'ont jamais présenté antérieurement des vertiges ou des absences et mettent

(1) Despine. — *Etude scientifique sur le somnambulisme.* Paris, Pavy Ed., 1880.

(2) H. Claude et Baruk. — Sur quelques formes dégradées de l'épilepsie. Passage de l'automatisme moteur comitial à l'automatisme psychomoteur conscient sous l'influence du gardénal. *Encéphale,* 1931, p. 1.

(3) Fillassier. — Dégénérescence mentale avec épilepsie : actes inconscients, fugues et impulsions. *Soc. Clin. de méd. ment.,* 1909, p. 122.

en doute la réalité de cette succession dans les accidents comitiaux. Ils prétendent qu'il s'agit toujours d'épileptiques méconnus.

Voici nos cinq observations :

Obs. XXXVII. — M. Hel. Première fugue à 16 ans, première crise convulsive à 30 ans.

A partir de l'âge de 16 ans, une fugue par an environ, présentant les caractères suivants : quelques jours avant, dépression, besoin de boire, puis départ brusque ; il marche continuellement ; il revient devant son domicile sans pouvoir arriver à rentrer chez lui ; la durée de la fugue est souvent de 48 heures. Il garde un souvenir confus de certains faits. Il éprouve ensuite de la céphalée et il est pris d'un besoin de dormir pendant 2 à 3 jours.

Au cours de certaines fugues, il a pris le train et a été sans raison une fois jusqu'à Bruxelles, une autre fois au Havre, où il a pris un bâteau à destination d'Alger.

Il est parti plusieurs fois avec sa blouse de travail. Pendant l'accès d'automatisme, il ne mange rien, quelle que soit la durée de la fugue ; il boit seulement des apéritifs et on le prend pour un homme ivre.

A la fin de la guerre, alors que son régiment était au repos au camp de Châlons, il est parti sans permission, a été jusqu'à Marseille et a été porté comme déserteur.

Ce sujet est entré en observation à l'hôpital Henri-Rousselle alors qu'il était âgé de 29 ans et qu'il n'avait jamais présenté de crise convulsive. Il quitta brusquement l'hôpital un soir vers 6 heures, avec les habits de l'hôpital, sans argent, et il est revenu à lui vers 1 heure du matin, harassé, incapable de fournir l'emploi de son temps. Le diagnostic de fugue épileptique fut alors posé.

Nous avons rencontré ce malade dans Paris au cours d'une autre fugue. Il marchait à grands pas, l'air hagard. Il portait des vêtements sales, ses souliers étaient couverts de boue. Son faciès était rouge et vultueux. Il nous a reconnu. Interrogé, il n'a pu nous donner aucune explication de sa présence dans la rue où il se trouvait. Ses réponses étaient monosyllabiques. Il avait quitté la veille l'hôpital Henri-Rousselle. Il n'était pas rentré chez lui et ne savait pas comment il avait passé la nuit. Ramené à l'hôpital Henri-Rousselle, il s'endormit profondément. Amnésie complète portant sur toute la durée de la fugue.

Première crise convulsive à l'âge de 30 ans, à caractères épileptiques classiques. Crises rares dans la suite. Plusieurs fois il s'est blessé au cours de celles-ci.

Obs. XXXVIII. — M. Nic, 29 ans. A 24 ans, il était en ligne dans une tranchée. Il mit baïonnette au canon, sortit de la tranchée et se dirigea vers la tranchée ennemie. Des camarades se précipitèrent sur

lui et le ramenèrent. Il leur aurait donné comme explication de son acte « qu'il courait après un rat ». Il reprit conscience peu après, n'ayant gardé aucun souvenir de ce qui s'était passé. Ce sont ses camarades qui lui ont donné tous ces détails.

A 28 ans, premières crises convulsives et celles-ci sont devenues ensuite très fréquentes. Etat de mal à 33 ans, suivi d'un état confusionnel qui nécessita l'internement.

Obs. XXXIX. — Mme Bin., 35 ans. Début à 24 ans des troubles comitiaux par une fugue. Elle allaitait son enfant quand on vint lui apprendre la mort de son mari tué à la guerre. Elle est partie brusquement, a marché sans but, l'air égaré, et a parcouru plusieurs kilomètres. Elle a été arrêtée et internée. Cette malade présenta sa première crise convulsive quelques mois plus tard, à l'asile où elle était hospitalisée.

Obs. XL. — M. Bel, 40 ans. Début de l'épilepsie à 25 ans par un accès d'automatisme ambulatoire. Il accomplissait son service militaire, il partit de la caserne, déambula dans la rue, puis il se déshabilla et continua à marcher en chemise. Il fut arrêté. Amnésie complète.

Il eut ensuite d'autres fugues, au cours desquelles il se retrouva loin de son domicile, sans souliers, sans paletot. Il ne croit pas qu'il mange ou boive durant l'accès, qui varie comme durée de une heure à deux heures. Amnésie complète.

Les vertiges épileptiques apparurent chez ce sujet plusieurs mois après la première fugue. Il a l'impression qu'il perd l'équilibre, tombe sans connaissance et se relève aussitôt.

Obs. XLI. — Mme Cha, 42 ans.

A 32 ans, pendant la première année de son mariage, elle part de chez elle dans la matinée pour rejoindre son mari au Perreux. Ses souvenirs sont conservés jusqu'à ce moment. Elle se rend à la gare, monte dans n'importe quel train et descend à Emerinville, pays qu'elle ne connaît pas. Elle s'asseoit sur un banc et se met à pleurer. Le chef de gare l'interroge ; elle revient à elle. Elle n'a conservé aucun souvenir de ce qu'elle a fait depuis qu'elle a quitté son domicile et se trouve toute surprise d'être dans une gare inconnue.

Cette malade présenta sa première crise convulsive à 40 ans ; les crises furent fréquentes dans la suite, et elle n'a plus présenté de crises d'automatisme.

D'après le tableau III, dans lequel nous avons indiqué l'âge de nos malades au moment de leur première manifestation comitiale sous forme d'automatisme ambulatoire et leur âge au moment de la première crise convulsive, nous

voyons qu'un laps de temps quelquefois très court, quelquefois très long peut s'écouler entre les deux phénomènes.

Dans un cas rapporté par Amyot (1), l'accès d'automatisme ambulatoire n'a précédé que de trois jours le premier accès convulsif.

On peut également faire ici la même remarque qu'à propos de nos premières observations ; l'automatisme ambulatoire n'est apparu que chez des sujets ayant déjà atteint un certain âge. Quatre sur cinq avaient plus de 24 ans.

Ces accès se présentent avec les mêmes caractères que ceux qui surviennent chez les épileptiques ordinaires. Nous retrouvons le même début brusque, l'absence de motif et de but, les

Tableau III

Noms	N° de l'obs.	âge à la 1re fugue	âge à la 1re crise
M. Hel.....	(Obs. 33)	16 ans	30 ans
M. Nu.....	(Obs. 34)	24 —	28 —
M. Bin.....	(Obs. 35)	24 —	25 —
M. Bel.....	(Obs. 36)	25 —	25 —
Mme Ch.....	(Obs. 37)	32 —	40 —

mêmes degrés dans la défaillance des fonctions intellectuelles supérieures, l'amnésie portant sur la période d'automatisme.

Il est intéressant de noter que l'épilepsie peut, pendant longtemps, ne se manifester que par des accès d'automatisme ambulatoire, qu'elle peut ne se traduire que par un seul accès d'automatisme et ce n'est que plusieurs années après que survient le premier accident d'épilepsie commune. Dans un cas relaté par Doutrebente (2), le sujet ne présenta son premier accès convulsif que dix ans après le début de l'épilepsie psychique. Ducosté et Duclos (3) ont publié une observation dans laquelle les crises convulsives apparurent 23 ans après le début de l'épilepsie psychique qui s'était manifestée par des frayeurs nocturnes, des colères, des impulsions, des fugues amnésiques.

(1) R. Amyot. — Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie psychomotrice prolongée ; délire épileptique. *Union médicale du Canada*, février 1932, p. 367.

(2) Doutrebente. — *Congrès des alién. et neurol.*, Bordeaux, 1895, p. 253.

(3) M. Ducosté et Duclos. — Epilepsie larvée et démence. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, an VI, avril 1913, p. 164.

3° Les accès d'automatisme ambulatoire constituent à eux seuls les manifestations épileptiques

Certains sujets présentent des accès d'automatisme ambulatoire revêtant les mêmes caractères que ceux que l'on rencontre chez les épileptiques, mais jamais ils n'ont présenté d'accidents épileptiques classiques (absence, vertiges, accès convulsifs). Pour certains cliniciens, ces accès rentrent dans le cadre de l'épilepsie dite larvée, et sont considérés comme des équivalents psychiques épileptiques. Pour d'autres, la nature comitiale de l'automatisme reste douteuse ; ils considèrent que la démonstration de l'épilepsie ne peut être faite que si le sujet a présenté les manifestations ordinaires de l'épilepsie [Siemerling (1), Hirn (2)]. Toutes les discussions relatives à l'épilepsie dite larvée (Morel, Samt (3), Billod, Garimond, Kirn, Sankey, Christian, Echeverria, Bucknill et Tuke, Falret, Doutrebente) peuvent s'appliquer à l'automatisme ambulatoire, seule manifestation épileptique.

Motet (4) rapporte le cas d'un jeune homme qui fait une chute du 2e étage, se luxe la colonne vertébrale, reste dans le coma pendant huit jours et présente une paralysie qui dure un an. Ce malade présente ensuite des fugues : « Cet homme, qui n'a jamais été un épileptique, est resté sujet, dit Motet, depuis son accident, à de semblables accès de vagabondage ; il part, marche sans but, devant lui, sans conscience de ses actes, automatiquement et ne s'arrête au bout de quatre heures, dix heures et plus, qu'exténué de fatigue et mourant de faim. Il se demande alors où il est, ce qu'il est venu faire dans un endroit inconnu de lui. Il rentre chez sa mère sans pouvoir donner aucune explication sur son absence. »

Charcot (5) donne l'observation d'un sujet qui eut plusieurs accès d'automatisme d'une durée de quelques heures à huit jours et qui jamais n'eut de crises convulsives. Il n'hésite pas à en faire un épileptique : « L'automatisme ambulatoire, dit Charcot, ne paraît être, chez notre homme, précédé par aucun

(1) Siemerling. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1895.
(2) Kirn. — *Allg. Zeitsh. f. Psych.*, 1896.
(3) Samt. — Les folies épileptiques. *Arch. f. Psychi.*, 1874.
(4) Motet. — Discussion au sujet d'une observation de M. Rouillard d'amnésie traumatique avec automatisme de la mémoire. *Soc. Méd. Psych.*, 26 oct. 1885.
(5) Charcot. — *Leçons du mardi*, 1888-1889, p. 309 (14e leçon), 21 février 1889.

des phénomènes qui signalent habituellement le petit mal, soit vertigineux, soit convulsif, soit encore les grandes absences. Quand il est sous le coup de ses crises, nous le savons par la déposition de témoins oculaires parfaitement dignes de foi, ses allures, sa physionomie, son regard, ne présentent rien de particulier qui le distingue d'un homme parfaitement éveillé et à l'état normal. Il est seulement, a-t-on dit une fois, un peu pâle, c'est tout. D'ailleurs, pas d'accidents épileptiques vulgaires dans l'intervalle des accès ambulatoires, pas de morsure de la langue, pas d'urination involontaire, etc. Cela n'existe pas actuellement, et cela, dans le passé, n'a jamais existé chez notre malade qui, je crois devoir le répéter, n'a jamais souffert autrefois d'une maladie nerveuse quelconque et ne compte pas, autant qu'on puisse le savoir, de tares héréditaires dans sa famille. »

Le malade de Cabadé (1), à l'âge de 49 ans, sans antécédents, se retrouve à 600 km. de chez lui. Il a perdu tout souvenir, il se souvient seulement du jour et de l'heure auxquels il a quitté sa maison. Il revient à lui, brisé de fatigue et mourant de faim. Quoique ce sujet n'ait jamais présenté d'accidents d'épilepsie commune, ce fait, pour Victor Parant, « est démonstratif et, fût-il seul dans la science, il suffirait à prouver l'existence de l'épilepsie dite larvée ».

Avec MM. Toulouse et Targowla (2), nous avons rapporté le cas d'un sujet qui présenta, de 16 à 21 ans, quinze accès d'automatisme ambulatoire tous suivis d'amnésie complète, totale, sans aucune autre manifestation épileptique ; la durée des fugues avait varié de quelques heures à cinq jours. Le malade, qui habitait Paris, avait repris conscience dans des endroits qu'il ne connaissait pas (banlieue parisienne, Fontainebleau, Chartres, Montluçon, Orléans, etc.). Il était sale, couvert de poussière, exténué, ayant souvent perdu certains objets. Ce sujet, fils d'alcoolique, avait eu quinze frères ou sœurs dont onze étaient morts de convulsions. Lui-même, à l'âge de 12 ans, avait présenté plusieurs accès de somnambulisme.

Le malade dont nous avons publié l'observation avec Mlle Deschamps et Mlle Truche (3), quand il fut interné à

(1) Cabadé. — *Loc. cit.*

(2) E. Toulouse, L. Marchand et R. Targowla. — Accès répétés d'automatisme ambulatoire de nature vraisemblablement comitiale. *Soc. clin. de méd. ment.*, janvier 1923, p. 20.

(3) L. Marchand, Mlle Deschamps et Mlle Truche. — Epilepsie psychique partiellement consciente et mnésique. Délire d'influence explicatif transitoire consécutif aux accès. *Soc. Méd. Psych.*, 8 juin 1933.

Sainte-Anne, à l'âge de 41 ans, n'avait jamais présenté d'accident d'épilepsie classique, mais seulement des accidents que nous avons rapporté à l'épilepsie psychique. A l'âge de 8 ans, premier accès d'automatisme ambulatoire. Parti de chez ses parents avec une brouette pour ramasser du crottin sur la route, il a marché pendant toute l'après-midi ; un habitant de son village qui le rencontra le ramena chez lui. Les manifestations morbides ne firent ensuite leur réapparition qu'à l'âge de 28 ans : accès brusque de colère sans raison ; impulsions à frapper ; impulsions à boire ; accès de narcolepsie d'une durée d'un quart d'heure suivie d'une fuite brusque comme s'il était poursuivi ; accès de somnambulisme, crises hallucinatoires très courtes ; tous ces phénomènes étaient suivis d'amnésie lacunaire.

A 39 ans, accès d'automatisme ambulatoire au cours duquel ce malade déambula dans Paris, puis partit pour Châtellerault où, sans motif, il donna un coup de poing sur la mâchoire d'un individu qui passait, puis se sauva dans une église où il fut arrêté. Le malade reprit conscience à l'asile de Poitiers où il avait été interné, sans savoir comment il y avait été amené.

A 40 ans, nouvel accès d'automatisme ambulatoire. Il était chez sa mère et a déchiré un rideau de fenêtre, a enveloppé une paire de souliers dans le rideau et est parti. Il a été acheter un pardessus qu'il n'a plus jamais porté. Il n'est revenu voir sa mère que trois jours après et il lui a demandé pourquoi elle avait mis un rideau dans son linge. Il n'avait gardé aucun souvenir qu'il avait déchiré le rideau et qu'il avait été acheter un pardessus.

Ce malade a été interné à 41 ans dans notre service à la suite d'un nouvel accès d'automatisme ambulatoire au cours duquel il avait commis un vol absurde.

Dans les deux observations suivantes, il s'agit également de sujets qui n'ont jamais été atteints d'épilepsie commune et qui, cependant, ont présenté des accidents revêtant les caractères de l'automatisme ambulatoire épileptique.

Obs. XLII. — M. Eq., est âgé de 33 ans quand il se présente à la consultation pour épileptiques à l'hôpital Henri-Rousselle. Chorée à 16 ans qui dura un an. Coup de crosse sur le crâne à 21 ans. A 28 ans, première crise d'automatisme ambulatoire. Nouvelles crises dans la suite et quelquefois deux dans le même mois. L'accès est annoncé plusieurs heures à l'avance par de la céphalée, une sensation agréable de force, de plus grande assurance, par un besoin de marcher, par une tendance à boire et à fumer. La perte de conscience est

brusque et le sujet se retrouve dans un endroit inconnu. La durée des accès varie d'une heure à 24 heures. Ils débutent fréquemment la nuit ou à la tombée du jour. Pendant les crises d'automatisme, il dépense de l'argent, il entre dans les débits de tabac. Les personnes qu'il rencontre lui trouvent l'air bizarre. Quelquefois, il tient des propos incohérents. Il aurait pu parfois faire des réponses correctes. Il ne mange pas ; figure rouge, clignottements des paupières. Il a des contractures des lèvres et se mord la joue. Plusieurs fois, il s'est mis à uriner au milieu de la rue. Il a été appréhendé par des agents de police, qui, après avoir constaté son identité (inspecteur de la police judiciaire), l'ont laissé partir. Dans ses accès, il rentre chez lui mouillé quand il a plu, ses semelles sont usées et il est débraillé. Traces de chutes, meurtrissures.

Au cours d'un accès, un collègue lui donna un renseignement qu'il nota sur un carnet. Revenu à lui, il ne trouva à la page correspondante qu'un griffonnage informe. Après les crises, il reste hébété et il parle difficilement.

Dans une grande crise qui dura 4 à 5 heures, il se retrouva sur les fortifications. Il avait usé une paire de chaussures. Il reprit conscience au moment où une personne de connaissance lui serrait le bras en lui demandant où il allait.

Ce sujet présente, en outre, des impulsions subites, des crises de fureur ; au cours de l'une d'elles, il a failli tuer sa femme. Ces actes sont généralement suivis d'amnésie lacunaire. Quelquefois, il conserve un souvenir flou des actes accomplis.

Obs. XLIII. — Co., 19 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 25 avril 1932.

Ce sujet avait été victime, le 7 décembre 1931, d'un accident. Un appareil à air comprimé avait éclaté entre ses mains et il en était résulté une blessure de l'œil gauche qui nécessita l'ablation. Maux de tête dans la suite. Six semaines après, reprise du travail.

En raison d'une nouvelle poussée de tuberculose pulmonaire (à l'âge de 14 ans, il avait déjà été soigné dans un sanatorium), sa mère décide de le placer de nouveau dans le même sanatorium. Elle le garde quelques jours chez elle et elle remarque qu'il a des absences de mémoire et qu'il parle par moment plus que d'habitude.

Le 18 avril 1933, elle le conduit à la gare du Nord et le fait monter dans le train ; il doit descendre à la localité où se trouve le sanatorium. Il a sur lui 115 fr. Des personnes doivent l'attendre à la descente du train. Sa mère le quitte quelques minutes avant le départ du train. Elle est prévenue le lendemain que son fils n'est pas arrivé au sanatorium. Sans nouvelles, elle le fait rechercher. Huit jours plus tard, il est trouvé errant en pleine nuit à Saint-Denis, ville où il n'avait jamais été. Il avait encore sur lui 45 fr. Il est conduit à l'Infirmerie du Dépôt, puis interné dans notre service où nous consta-

tons un état confusionnel avec désorientation, bizarrerie des réponses, indifférence. Le 5 mai, au matin, disparition brusque des troubles mentaux. Le malade demande où il est et se renseigne sur ce qui lui est arrivé. Amnésie complète sur toute la période qui s'étend du 18 avril à la date actuelle. Il se rappelle qu'il était dans le train quand sa mère l'a quitté, puis perte de tout souvenir.

⁂

En présence de tels faits, on peut se demander si les sujets n'ont pas présenté antérieurement à leur accès d'automatisme ambulatoire des accidents comitiaux passés inaperçus, s'ils n'ont pas eu une absence ou un vertige au début de leur fugue, s'ils ne seront pas atteints plus tard d'épilepsie convulsive comme les malades de notre second groupe d'observations.

Actuellement que les caractères de l'épilepsie psychique sont bien connus, nous ne comprenons pas pourquoi, en présence d'un accès d'automatisme ambulatoire isolé survenant chez un sujet sans antécédents comitiaux connus, présentant les caractères qu'il est classique d'attribuer aux accidents mentaux comitiaux, on hésiterait à admettre la nature épileptique de cet accès. Ces accidents que l'on désigne sous le terme d'épilepsie dite larvée, loin d'emprunter le masque d'une autre affection, de se cacher sous une apparence inaccoutumée, présentent une symptomatologie qui permet de reconnaître leur nature épileptique aussi facilement que celle d'un accès convulsif, d'un vertige ou d'une absence. Ce n'est pas également une raison parce que les accès d'automatisme ambulatoire s'observent moins fréquemment que les accès ou les vertiges pour dire qu'il s'agit d'épilepsie larvée ; ils sont équivalents des accidents communs d'épilepsie.

Diagnostic. — Certains auteurs, entre autres Heilbronner (1), Benon et Froissart (2), prétendent que la fugue épileptique ne se distingue en aucune façon des fugues des malades non épileptiques, qu'elle ne présente aucun caractère distinctif pathognomonique même dans son ensemble. Nous ne saurions nous rallier à une telle opinion.

Le diagnostic de l'accès d'automatisme ambulatoire épilepti-

(1) Heilbronner. — Des fugues et états analogues. *Jahrb. f. Psych. u. Neurol.*, 1903, p. 107.

(2) R. Benon et P. Froissart. — L'automatisme ambulatoire. *Gaz. des Hôp.*, 31 juillet 1909.

que ne présente aucune difficulté quand il survient chez des sujets que l'on sait atteints d'épilepsie commune et quand il revêt ses caractères habituels tels que début soudain, déambulation avec carence de l'activité psychique supérieure, absence de motif et de but, terminaison brusque, amnésie ou réminiscence incomplète consécutive.

L'automatisme ambulatoire épileptique est un syndrome aussi caractérisé que les crises convulsives, les vertiges, les absences épileptiques. Il s'oberve le plus souvent chez des sujets atteints d'épilepsie commune, mais il peut-être la première manifestation d'une épilepsie qui, plus tard, se présentera sous la forme convulsive ; il peut être chez un même sujet la seule manifestation comitiale. Il n'y a plus lieu, comme autrefois, de cataloguer hystériques des fugues qui présentent les caractères des fugues épileptiques uniquement parce que les sujets n'ont jamais présenté d'accès d'épilepsie convulsive. On recherchera si le mal comitial est idiopathique ou s'il est symptomatique (éthylisme, trauma cranien, tumeur cérébrale, etc...). G. Petit et Courtois (1) ont rapporté le cas d'un parkinsonien encéphalitique qui présenta des crises épileptiques et, plus tard, un accès d'automatisme ambulatoire comitial.

On peut observer chez des épileptiques des fugues à caractère onirique qui, à notre avis, doivent être différenciées de l'accès d'automatisme ambulatoire. Les comitiaux peuvent présenter des états hallucinatoires soit avant, soit après les crises ou bien ce syndrome peut survenir à titre d'équivalent psychique en dehors des crises. Au cours de cet état qui peut avoir une durée de quelques minutes à plusieurs heures, parfois plusieurs jours, le sujet peut accomplir des fugues sous l'empire de ses hallucinations. La crise se termine d'ordinaire moins brusquement que l'accès d'automatisme et le malade conserve le souvenir des hallucinations qui l'ont entraîné à fuir et des actes qu'il a accomplis durant la fugue. Le syndrome mental est conditionné probablement par des modifications cérébrales fonctionnelles très voisines de celles de l'accès d'automatisme ambulatoire mais cliniquement, il doit en être distingué puisque la déambulation est ici commandée par l'état hallucinatoire.

L'impulsion dromomaniaque, les fugues des débiles, des psychasthéniques dans lesquelles la déambulation est consciente et mnésique sont si différentes de la fugue épileptique que la dis-

(1) G. Petit et A. Courtois. — Automatisme ambulatoire et parkinsonisme encéphalitique. *Soc. clin. de Méd. ment.*, juillet 1928.

tinction en est facile. Il faut cependant savoir que ces syndromes non épileptiques peuvent également s'observer chez des comitiaux (Magnan) (1). Les fugues des mélancoliques, des anxieux, des émotionnés, des persécutés sont également conscientes, mnésiques et secondaires à une idée délirante. Chez les obsédés (2), « la fugue n'est que l'exécution automatique d'un acte décidé en pleine conscience ». Les malades, ou fuient un endroit ou, au contraire, vont vers un endroit précis, tandis que l'épileptique marche au hasard.

Plus délicat est le diagnostic de l'accès d'automatisme ambulatoire épileptique avec les fugues des confus, d'autant plus que certains auteurs considèrent l'automatisme ambulatoire épileptique comme un automatisme confusionnel. Nous avons montré qu'il y avait différents degrés dans la suspension de l'activité psychique au cours de la fugue épileptique. Chez certains sujets, il y a suspension complète de toute activité cérébrale et il ne persiste plus que le simple réflexe d'habitude de la marche ; on ne peut guère parler de confusion mentale dans ces cas puisqu'il n'y a plus d'idées ; le sujet se conduit comme un animal décérébré. A un degré plus élevé, le sujet se présente comme s'il était atteint de confusion mentale, mais il s'agit d'une confusion mentale bien spéciale. L'activité cérébrale est réduite à l'accomplissement des réflexes d'habitude permettant d'éviter les obstacles et les dangers ; toute activité consciente adaptée en vue d'un but est annihilée. Si on interroge le sujet, il ne répond pas ; il ne comprend pas ce qu'on lui dit ; il reste étranger à ce qui l'entoure.

Enfin, quand, au cours de l'accès d'automatisme, le comportement paraît correct, coordonné, que certains actes semblent accomplis avec une certaine logique, le sujet ne manifeste qu'une activité psychique inconsciente qui ne ressemble pas à celle du confus (Ramon Rey Arlid) (3). Pendant la déambulation, véritable automate, il n'est conduit par aucune idée directrice et marche au hasard évitant les obstacles d'une façon réflexe. Outre ces particularités de l'état mental, la soudaineté d'apparition et de disparition de l'accès, les antécédents comitiaux du sujet, la constatation de cicatrices linguales, permet-

(1) Magnan. — De la coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné. *Arch. de Neurol.*, t. I, p. 49.

(2) H. Claude et P. Masquin. — Tentatives amnésiques de suicide au cours d'états obsessionnels. *Soc. Méd. Psych.*, 14 avril 1932, p. 425.

(3) Ramon Rey Arlid. — Sur les états crépusculaires. *Arch. de Méd. Cir. y Esp.*, Madrid, 4 janv. 1930.

tront d'éviter de confondre l'automatisme ambulatoire épileptique avec la fugue du sujet atteint de confusion mentale aiguë.

Il est enfin une erreur de diagnostic que l'on peut commettre c'est de prendre le fugueur épileptique pour un sujet en état d'ivresse. Son visage vultueux, sa démarche parfois chancelante, sa tenue désordonnée, son état d'inconscience peuvent en imposer pour ce diagnostic.

Les fugues des délirants intoxiqués, en particulier des délirants alcooliques, si souvent suivies d'amnésie totale comme celles des épileptiques, sont motivées par un état confusionnel et onirique. Pendant la fugue, le malade joue un rôle actif, particularité clinique que l'on ne retrouve pas dans l'automatisme ambulatoire épileptique. En outre, les signes d'intoxication viendront aussi éclairer le diagnostic.

Au cours de ces fugues non épileptiques à déterminisme délirant, peut s'interposer un accès épileptique symptomatique qui égare le diagnostic. Dans le cas rapporté par Dupré et René Charpentier (1) et concernant un sujet atteint d'alcoolisme subaigu, il était possible, dans le complexus clinique ainsi réalisé, de reconnaître le mobile hallucinatoire de la fugue.

Claude et Cellier (2) ont observé un cas de fugue urémique présentant les caractères de la fugue épileptique coordonnée. Les seuls signes différentiels consistaient en une hypertension artérielle et une azotémie élevée.

Les fugues des déments précoces présentent un mécanisme psychologique variable. Elles peuvent être assimilées suivant les cas soit aux fugues impulsives, soit aux fugues confusionnelles, soit aux fugues démentielles. Leur apparition au cours d'un état mental chronique suffit pour les différencier de l'automatisme ambulatoire épileptique.

Dans les travaux concernant la fugue épileptique, une large place est réservée à son diagnostic avec la fugue hystérique ou somnambulisme hystérique. Chargé, depuis plus de vingt ans, d'une consultation réservée aux sujets atteints de maladies convulsives, nous n'avons pas encore eu l'occasion d'observer un seul cas de fugue hystérique avec les caractères qu'on leur attribuait jadis. Nous ne voyons plus de fugues hystériques depuis que les travaux de Babinski nous ont appris à recher-

(1) E. Dupré et René Charpentier. — Fugue hallucinatoire avec ictus épileptique intercurrent au cours d'un accès subaigu chez un alcoolique chronique. *Soc. de Psych.*, 19 novembre 1908. *Encéphale*, déc. 1908.

(2) H. Claude et A. Cellier. — Fugues urémiques. *Paris médical*, n° 42, 20 octobre 1923.

cher la simulation, la supercherie ; cette constatation est intéressante à mettre en relief quand on considère le nombre impressionnant de cas publiés après la fameuse leçon de Charcot en 1887. Il est vrai que, parmi ces observations, il y a des erreurs de diagnostic, des fugues hystériques ayant été considérées comme épileptiques et vice-versa (Dezwarte) (1), ce qui a permis à certains auteurs de prétendre qu'il n'y avait aucune différence fondamentale entre les deux états morbides (Schlub) (2).

Aussi, c'est en nous reportant aux descriptions des traités spéciaux que nous avons résumé les caractères différentiels suivants : La fugue hystérique est souvent provoquée par une grande émotion et son début est marqué par un accès de suffocation (boule hystérique). Pendant la déambulation, le sujet est entraîné vers un but défini. « La fugue est la mise à exécution en période somnambulique d'une idée confuse ou nette, laquelle procède habituellement du désir exprimé par la personnalité consciente d'exécuter tel voyage, de se rendre dans tel pays. » [Joffroy et Dupouy (3)]. Dans certaines observations, il est noté que les sujets prennent toutes les précautions matérielles nécessaires pour réaliser leurs fugues ; certains attendent la paie du mois, d'autres empruntent de l'argent ! « Il y a, dit J. Voisin (4), dédoublement de la personnalité avec conservation de la méthode, de la coordination dans tous les actes, le malade semblant être à l'état normal tant il y a de régularité dans ses actes, dans son maintien et souvent dans ses paroles. » Son habitude n'est changé que pour ceux qui ont l'habitude de vivre avec lui. « La personnalité seconde, disent Joffroy et Dupouy (5), est donc parfois très pourvue de souvenirs et de documents de toutes sortes, au point d'en imposer même à des observateurs avisés pour une personnalité normale. » Ainsi, dans les fugues hystériques, il y a dédoublement de la personnalité, il se crée un deuxième moi qui alterne avec le premier ; chez l'épileptique, au contraire, il y a suppression ou altération de la personnalité.

La fugue hystérique se termine brusquement comme la

(1) Dezwarte. — De l'origine épileptique de l'automatisme ambulatoire. *Progrès médical*, n° 46, 1898.

(2) H. O. Schlub. — Un cas d'épilepsie larvée. *Ann. méd.-psych.*, 1907, t. VI, p. 405.

(3) A. Joffroy et R. Dupouy. —*Loc. cit.*, p. 176.

(4) J. Voisin. — Fugues inconscientes chez les hystériques. *Congr. intern. de méd. ment.*, Paris, août 1889.

(5) A. Joffroy et A. Dupouy. — *Loc. cit.*, p. 181.

fugue épileptique ; l'amnésie peut être complète, parfois parcellaire ; les souvenirs peuvent subsister quelque temps après le retour à l'état normal puis disparaître (amnésie retardée), mais en réalité, la fugue est consciente et mnésique puisque les souvenirs de l'état second peuvent être rappelés soit par l'hypnose provoquée, soit réapparaître au cours d'une autre fugue.

La durée de la fugue hystérique est variable, pouvant aller de « quelques heures à des mois et des années » (Joffroy et Dupouy). Pendant celle-ci, l'hystérique peut commettre, comme l'épileptique, des actes délictueux (vol, escroqueris, grivèlerie, incendies, meurtres) [Raoul Leroy (1)].

Il n'y a pas lieu de compter sur la présence des stigmates hystériques pour préciser le diagnostic, car ceux-ci peuvent faire défaut. La fugue hystérique peut s'observer chez des sujets qui n'ont jamais présenté de crises hystériques convulsives.

En présence de tels caractères, on peut se demander si le terme d'automatisme ambulatoire peut s'appliquer, comme le font certains auteurs, aux fugues hystériques ; il s'agit là d'un automatisme bien particulier, puisqu'il est conditionné par une idée précise en vue d'un but défini, par une idée consciente et mnésique puisque son souvenir peut être rappelé par l'hypnose. Pour notre part, nous nous refusons à désigner ainsi la fugue hystérique qui n'a aucun des caractères de l'automatisme épileptique.

On a signalé des cas de fugues hystériques chez des sujets épileptiques ; cette coexistence est rare et il est possible « de dépister la névrose hystérique au milieu des symptômes plus bruyants de l'épilepsie ». [Courbon (2)].

Les considérations précédentes nous permettent d'être bref au sujet du diagnostic entre le somnambulisme physiologique, assimilé par certains auteurs à un phénomène hystérique et l'automatisme ambulatoire épileptique nocturne ou somnambulisme comitial. Ce diagnostic est particulièrement important à préciser chez les jeunes sujets chez qui l'épilepsie peut se manifester d'abord par des accès nocturnes d'automatisme ambulatoire (Echeverria (3), Raymond (4)].

(1) R. Leroy. — La responsabilité des hystériques. *Congrès de Lille*, 1906.
(2) Courbon. — Automatisme ambulatoire. *Ann. méd.-psych.*, t. 5, 1907, p. 22.
(3) M. G. Echeverria. — *On nocturnal epilepsy and its relations to somnambulism*. Lewes, 1879.
(4) Raymond. — Epilepsie et somnambulisme. *Journ. de médecine et de chirurgie prat.*, art. 18, 211, 10 août 1899.

« Les somnambules, dit Pitres, ont toujours, dans leurs crises, une idée dominante dont ils sont les esclaves et qui dirige tous leurs actes. Quand cette idée dominante est de nature ambulatoire, la crise de somnambulisme devient, par le fait même, un accès de vagabondage impulsif... » « A les voir, on les croirait éveillés. Ils répondent avec discernement aux questions qu'on leur pose. Ils agissent, en apparence, comme des gens raisonnables. » Le somnambulisme physiologique est un rêve en action de courte durée. « Le somnambulisme, dit Bernheim, est un phénomène de conscience et l'épileptique, pendant son attaque, est inconscient, il ne rêve pas, son imagination est éteinte comme l'est sa cérébration active. » (1). Outre ces caractères différentiels, on appuiera encore le diagnostic sur les particularités des antécédents personnels des sujets : convulsions infantiles, retard du développement mental et physique, énurésie, troubles du caractère, si fréquents dans les antécédents des comitiaux. Le somnambulisme qui apparaît chez l'adulte relève généralement de la comitialité. On recherchera aussi si le somnambulisme n'est pas apparu à la suite d'un accès convulsif nocturne (morsure de la langue, urination au lit).

Le diagnostic de l'automatisme ambulatoire avec le petit automatisme des préoccupés (automatisme physiologique) ne présente aucune difficulté, car le préoccupé garde le souvenir précis des idées qui ont absorbé son esprit.

Médecine légale. — Les actes commis par les épileptiques au cours des accès d'automatisme ambulatoire intéressent particulièrement la médecine légale. Sur 77 accès d'automatisme ambulatoire, à propos desquels nous avons obtenu les renseignements les plus précis sur les actes accomplis pendant l'accès, nous relevons une tentative d'étranglement sur le conjoint, trois fois l'émission d'urine en public, une fois le vol, une fois la filouterie d'aliments, une fois la violation de sépulture.

Les circonstances dans lesquelles tous ces actes ont été exécutés ne laissaient aucun doute sur leur caractère pathologique et n'ont donné lieu à aucune poursuite. Deux sujets ont été arrêtés comme vagabonds, puis relâchés. Comme délits militaires, nous trouvons l'abandon de poste sous forme de désertion paradoxale [René Charpentier (2)] une fois, l'absence

(1) Bernheim. — Du somnambulisme dans l'hystérie et l'épilepsie. *Progrès médical*, 1918, p. 91.

(2) René Charpentier. — Désertion paradoxale. Fugue délirante récidivante. *Ann. méd.-psych.*, février 1919.

illégale une fois. Là encore, les caractères mêmes des actes ont montré leur nature pathologique et n'ont entraîné aucune sanction. Deux de nos sujets ont été condamnés pour infraction à la police des chemins de fer. Se trouvant loin de leur domicile et sans argent après leur retour à l'état normal, ils avaient voyagé sans billet.

Contrairement aux données classiques qui reconnaissent aux actes automatiques épileptiques une violence exceptionnelle, l'acte de déambulation dans la fugue épileptique se produit plus souvent avec les dehors du calme qu'avec les marques de l'agitation et de la violence, de la brutalité. « On a plus souvent affaire à des crimes qu'à des délits », dit V. Parant (1). Cette opinion, qui nous paraît inexacte, est basée sur le fait que les auteurs ont surtout publié les cas dans lesquels les réactions médico-légales ont été d'une gravité exceptionnelle. Tardieu (2) rapporte le cas suivant : un ouvrier, qui, au cours d'un accès d'automatisme épileptique, mangeait le couteau à la main, plongea son couteau dans la poitrine d'un passant, et continua son chemin et son repas. Certains malades deviennent exhibitionnistes (R. Leroy) (3). Le suicide involontaire n'est pas rare. Cuidéra (4) donne l'observation d'un bersaglieri qui fut trouvé demi nu et le ventre ouvert. Il s'était automutilé au cours d'une fugue épileptique.

Quand on note, comme caractères de l'acte criminel ou délictueux, la soudaineté, l'absence de motif, de préméditation, de complicité, de dissimulation, le désaccord avec le caractère habituel de l'individu, le sommeil irrésistible consécutif, l'amnésie ou une réminiscence incomplète, ces particularités, jointes aux circonstances au cours desquelles l'acte a été exécuté, rendent facile le rôle de l'expert. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, l'amnésie n'est pas complète. Dans d'autres, relativement rares, l'appréciation de la responsabilité est encore plus délicate. L'acte délictueux peut sembler avoir été accompli avec une certaine logique ; il peut sembler prémédité ; la fugue semble avoir un caractère utilitaire ; l'inculpé peut n'avoir jamais présenté d'accidents

(1) Victor Parant (fils). — Les fugues en psychiatrie. *XIX^e Congrès des Méd. alién. et neurol.*, Nantes, août 1909, p. 238.

(2) Cité par Victor Parant, *loc. cit.*, p. 147.

(3) R. Leroy. — Rapport médico-légal sur un cas d'exhibitionnisme épileptique. *Ann. d'hygiène et de méd. légale*, janv. 1901.

(4) L. Cuidera. — *Le cas Nigrelli. — Automutilation et exentération dans la phase post-épileptique ; somnambulisme ambulatoire en forme de fugue consécutive.* Palerme, Trimarchi éd., 1920.

épileptiques classiques ou son épilepsie peut être ignorée ; l'expert se trouve, la plupart du temps, au moment de sa mission, en présence d'un sujet qui a recouvré son état normal et l'examen direct ne lui décèle aucune particularité. Dans de tels cas, exceptionnels il est vrai, l'amnésie, portant sur toute la période de l'accès d'automatisme et l'absence de dissimulation en raison de cette amnésie, permettent d'orienter le diagnostic.

Il est rare que les criminels ou les délinquants invoquent l'inconscience et la perte du souvenir pour se disculper d'un acte qui semblerait ainsi avoir été exécuté au cours d'un accès d'automatisme. Mais un épileptique peut accomplir, en dehors de ses accès, des actes délictueux conscients dont il est responsable et, après leur exécution, prétendre qu'il les a accomplis inconsciemment et simuler l'amnésie, trouble mental qui ne peut être contrôlé et qui ne repose que sur le témoignage de l'inculpé.

SCHIZOPHRÉNIE ET NEUROSYPHILIS

PAR

GRÉGOIRE I. ODOBESCO et H. VASILESCO

Les rapports de la schizophrénie et de la paralysie générale ont été signalés depuis longtemps par de nombreux auteurs et le syndrome catatonique y a été observé le plus souvent, surtout par Knecht, Näcke, Taussig, Westphall, Kræpelin, Lecordonnier, Raymond, Sérieux, Séglas, Dupré, etc. Dernièrement, les observations et les études concernant cette question se sont multipliées, mais un accord complet n'est pas encore fait sur la nature de ces rapports. On y a vu, soit une simple coïncidence, soit des rapports de causalité et donc de succession nécessaire, soit l'effet des influences constitutionnelles déterminantes, soit l'expression psychique fonctionnelle d'un remaniement biologique et anatomique profond mais favorable, quand la schizophrénie succède au syndrome paralytique, etc.

Pour Hübner, on doit admettre qu'il s'agit d'une simple coïncidence entre deux affections différentes; et de Villaverde (*Arch. de Neurobiologie de Madrid,* sept. 1920) exige, pour qu'on puisse parler d'une psychose d'origine syphilitique, non seulement des antécédents personnels syphilitiques des déments précoces — chez qui le traitement spécifique n'agit nullement sur la psychose — et le Bordet-Wassermann positif du liquide céphalo-rachidien, mais encore un parallélisme entre l'évolution des symptômes nerveux et de ceux dus à la syphilis. En tout cas, conclut-il, la discussion reste ouverte.

La prédisposition semble jouer un rôle déterminant de premier ordre, surtout l'hérédo-syphilis. Marchand (Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, 1925) décrit une démence précoce chez les hérédo-syphilitiques, différente de la paralysie générale (sans troubles de la parole et sans ictus), apparaissant deux à douze ans après la contamination ; les réactions humorales positives au début deviennent souvent négatives spontanément. Il a présenté deux femmes devenues démentes précoces, dont les

maris sont devenus ultérieurement paralytiques généraux. Marchand et Mareschal (*Soc. Clinique de Médecine Mentale,* 18 fév. 1929), en présentant une démente précoce, fille de paralytique général, sans syndrome humoral et sans aucun stigmate hérédo-spécifique, attirent l'attention sur le rôle de l'hérédo-syphilis dans certains cas de démence précoce. A. Marie (*Soc. de Psychiatrie,* 21 févr. 1929) signale la fréquence de la démence précoce dans la descendance des paralytiques généraux, ce qui expliquerait la théorie de certains psychiatres allemands et russes, qui voient dans la démence précoce une dégénérescence hérédo-spécifique ; sans aller jusque-là, A. Marie partage l'opinion de Toparkoff : l'existence d'une syphilis neurotrope préparant ou engendrant, par une infection des germes et une abiotrophie hérédo-spécifique, une démence précoce particulière chez les descendants des paralytiques généraux.

Gerstmann a signalé le premier que la malariathérapie transforme la paralysie générale en une simple réaction syphilitique, par régression de la méningo-encéphalite diffuse vers une simple syphilis du cerveau, qui se traduit cliniquement par la substitution, à l'état démentiel, du tableau d'une psychose (surtout le tableau hallucinatoire-paranoïde et catatoniforme) ; il y a vu des analogies cliniques avec les psychoses paranoïdes des syphilitiques et des analogies biologiques avec la syphilis cérébrale, les réactions du liquide céphalo-rachidien évoluant identiquement dans les deux cas. L'absence habituelle d'accidents tertiaires chez les paralytiques généraux et l'existence des gommes chez les paralytiques généraux malarisés, en constitueraient une confirmation.

Mais Ferraro constate, d'un côté, que dans 18 cas où les lésions avaient rétrocédé, la démence ne s'est pas modifiée ; et, d'un autre côté, qu'il y a des rémissions cliniques sans modifications des lésions, ce qui paraît explicable si l'on tient compte de l'existence des formes de paralysie générale (confirmée histologiquement) sans démence. Ce dernier syndrome — la démence — pourrait être au fond, ou bien une simple réaction fonctionnelle désordonnée, mais passagère et curable, ou bien un trouble définitif correspondant à des modifications anatomiques irréparables. Mais, s'il existe réellement une démence purement fonctionnelle bien distincte d'une autre lésionnelle, à individualité anatomique et physiopathologique bien nette, personne ne l'affirme catégoriquement. Peut-être devrait-on tenir compte aussi de l'existence des formes atypiques de la maladie.

A l'occasion de la communication de Leroy et Médakovitch

sur les délires des paralytiques généraux malarisés (*Soc. Médico-Psychologique,* mai 1929), Claude et Baruk ont signalé l'apparition, au cours de la paralysie générale, des phénomènes hébéphréno-catatoniques, qu'ils distinguent : *a*) suivant leurs rapports avec la malariathérapie ; *b*) en dehors de ce traitement et *c*) des formes lentes à syndrome humoral atténué. Ils pensent que ces phénomènes correspondent à une altération cellulaire fine et diffuse, telle qu'elle a été réalisée expérimentalement par la bulbocapnine ; mais Guiraud a rappelé l'opinion de Obregia, qui les attribue à des lésions sous-corticales.

Certains auteurs viennois (Dattner, entre autres), se sont demandé si l'évolution de la paralysie générale vers des syndromes « psychosiques » ne devrait pas être attribuée au nombre élevé des accès fébriles malariathérapiques. Pourtant les syndromes psychiques chroniques déterminés, à allure de psychoses indépendantes, remplaçant la démence paralytique, ne sont point l'apanage des malarisés. Guiraud a même relevé que d'autres traitements, pyrétogènes ou non (traitement par le sulfarsénol) favorisent la production des formes stationnaires à l'aspect psychosique (Le polymorphisme de la syphilis encéphalique, *Ann. Médico-Psychologiques,* 1925), et Sengès, à la suite du traitement par le stovarsol d'une syphilis cérébrale à forme de paralysie générale, a observé un syndrome hallucinatoire persistant (*Soc. Clin. de Médecine Mentale,* févr. 1928). Ici nous devons rappeler que, il y a plus de 25 ans, Obregia a décrit la « paranoïa métaparalytique », survenant chez les paralytiques généraux en rémission, à la suite du traitement antisyphilitique classique.

Mais si les syndromes en question ne constituent point l'apanage de la malaria, sont-ils au moins l'apanage de la syphilis même et sans aucun rapport avec la nature du traitement de cette infection ?

Pour Targowla (Psychoses syphilitiques), les psychoses syphilitiques se présenteraient le plus souvent sous forme de syndromes transitoires confusionnels, oniriques ou anxieux, n'ayant de particulier que des réactions humorales positives et leur négativation par le traitement antisyphilitique. Mais il y aurait un type clinique opposable au précédent, consistant soit dans un état d'automatisme mental (hallucinations, idées d'influence et de persécution), apparaissant chez un syphilitique et disparaissant sous l'influence du traitement spécifique ; soit dans un état hallucinatoire chronique, avec ou sans réactions catatoniques, assez diversement interprété : hallucinoses chroniques de Plaut, démence précoce syphilitique (Abély, Marchand), démences

paranoïdes syphilitiques. Mais Targowla pense que les psychoses syphilitiques seraient déterminées par la prédisposition constitutionnelle : les tendances constitutionnelles, de latentes qu'elles étaient, peuvent devenir actives par la libération de l'automatisme psychique sous l'influence de la toxémie syphilitique.

Redalié (*Encéphale,* n° 10, 1929) croit que la schizophrénie, ainsi que d'autres affections, comme la psychose maniaque-dépressive, seraient le résultat de la collaboration du complexe héréditaire avec certaines causes externes : infections, intoxications exogènes et endogènes, des chocs psychiques ou émotions puissantes mettant l'organisme dans un état d'infériorité.

Nyirö et Petrovitch (cités par Vermeylen et Vervaeck), sur 162 malarisations, ont observé six formes schizoïdes à hérédité schizoïde ou schizophrénique, et pensent que les troubles seraient à la fois sous la dépendance de la personnalité prémorbide, de la structure du cerveau affaibli et des troubles métaboliques dus à l'infection paludéenne.

Obregia (dans la thèse de Traian Ionesco, Bucarest, 1930) considère les phénomènes schizoïdes seulement comme une complication survenant pendant le passage de la paralysie générale vers la démence (différant en cela des épisodes passagers de petite catatonie qui peuvent apparaître parfois à son début). Cette « phase schizoïde » serait préparée par des causes favorisantes : la constitution mentale, comme facteur héréditaire, et l'alcool, comme facteur exogène ; elle diffère de la « *forme* schizoïde » de Taussig, qui est une forme catatonique de la paralysie générale, et marquerait une aggravation du pronostic : ces malades n'arrivent jamais plus à la rémission, mais à la démence progressive, malgré l'amélioration des signes humoraux — défaut de parallélisme signalé par plusieurs auteurs.

D'ailleurs, la majorité des auteurs est loin de considérer, avec Gerstmann, ces syndromes chroniques comme des indices favorables de guérison, anatomique au moins. Leur évolution chronique même, conduisant à des réactions psychiques intenses et interminables, constitue un important inconvénient de la malariathérapie, qui semble les favoriser plus particulièrement.

Parmi les causes favorisantes, dans la production de ces syndromes, il faut tenir compte aussi des facteurs psychologiques, constitutionnels et même occasionnels, qui doivent avoir un rôle très important, sinon capital, dans l'orientation psychique vers un certain type psychosique, de même qu'ils en ont dans l'éclosion et l'évolution des psychoses indépendantes elles-mêmes.

Les faits présentés jusqu'ici par les divers auteurs sont assez

dissemblables, ainsi que les interprétations qui les concernent. En voici quelques exemples.

Marchand a présenté encore d'autres cas : 1) Malade de 34 ans, démence précoce hébéphrénique et signes neurologiques et biologiques de neurosyphilis ; dix ans plus tard, même état démentiel, sans troubles de la parole, les signes neurologiques de neurosyphilis sans aucune modification, mais toutes les réactions biologiques sont devenues négatives (Soc. Clin. de Médecine Mentale, mars 1925) ; 2) Femme qui a présenté un état chronique (caractérisé par inertie, indifférence) de 28 à 36 ans, quand apparaît une phase aiguë de confusion mentale suivie d'affaiblissement intellectuel, inertie, suggestibilité, accès de rire, impulsions coléreuses ; Bordet-Wassermann négatif ; mort à 39 ans : lésions méningées, cérébrales et bulbaires, de nature toxi-infectieuse, les unes stabilisées, les autres encore en évolution, nodules infectieux, périvascularite, satellitose (Soc. Clin. de Médecine Mentale, janv. 1928).

Le cas d'Abély : après avoir fait sept ans auparavant un syndrome paralytique confirmé par les réactions humorales, le malade présentait un syndrome hébéphrénique typique : maniérisme curieux de la parole, troubles affectifs l'emportant de beaucoup sur les troubles de l'intelligence, relativement peu importants : mémoire particulièrement bien conservée (Soc. Clin. de Médecine Mentale, mars 1925).

Crouzon, J.-Bezançon et Paul Ducas ont présenté à la Société de Neurologie de Paris (7 juin 1928) un malade hébéphréno-catatonique aux réactions biologiques de la syphilis positives, sans aucun signe de paralysie générale avant ceux qui ont déterminé l'internement. Le traitement antisyphilitique, malgré les changements remarquables des réactions du liquide céphalo-rachidien et surtout de la lymphocytose, n'a produit aucune modification de son état psychique et de sa catatonie.

Hautrive, Dardenne et Focquet (Soc. belge de Médecine Mentale, 30 juin 1928 et *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, sept. 1928) donnent l'observation d'un jeune homme de 19 ans, aux antécédents héréditaires fort chargés qui, depuis octobre 1927 jusqu'à mars 1928, se comporte comme un catatonique avec impulsions, négativisme, réticences, bizarreries, stéréotypies, gâtisme. Ensuite, il se calme, devient affectueux pour tous, euphorique, généreux à outrance, mégalomane, a des idées délirantes de richesse et fait des projets fantastiques et absurdes. Point de stigmate osseux pathognomonique d'hérédo-syphilis, présente de l'inégalité pupillaire, quelques accrocs aux

mots d'épreuve, des réflexes rotuliens vifs, Bordet-Wassermann ++++ dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; albumine, 56 cgrs ; lymphocytes, 3,5. Après douze accès de malaria, l'agitation a complètement disparu ainsi que les impulsions, les stéréotypies et le négativisme ; affectueux pour ses proches ; il a encore des idées de grandeur, des troubles pupillaires, des réflexes assez vifs, un Bordet-Wassermann ++++ dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, 60 cgrs d'albumine, lymphocytes 2. Les auteurs disent que c'est une « modalité de combinaison de la paralysie générale et de la schizophrénie », dont « le début s'est présenté en manifestations catatoniques qui semblent avoir fait surgir des symptômes de paralysie générale héréditaire de seconde génération. La malaria ne paraît pas avoir beaucoup agi sur les signes somatiques de la paralysie générale, et si les phénomènes schizophréniques ont rétrocédé, cela est vraisemblablement dû, plus à une rémission, qu'à une action curative de l'impaludation.

H. Claude et Baruk ont présenté à la Société Médico-Psychologique (mai 1929) plusieurs cas de syndrome hébéphréno-catatonique accompagnant l'évolution de la syphilis cérébrale avec symptomatologie intriquée, à signes humoraux syphilitiques atténués, qu'ils rapprochent des cas où un syndrome catatonique apparaît chez un paralytique général en rémission spontanée ou thérapeutique ; il semble s'agir d'une atteinte plus diffuse et plus superficielle du cerveau, se traduisant plus par les troubles fonctionnels cellulaires que par des signes d'altérations cérébrales destructives et grossières.

M. O. Vymetal (Société de Neurologie de Prague, 13 mai 1931) présente un cas de « Réactivation de schizophrénie par paralysie générale initiale » : Femme de 35 ans, internée en 1926 avec « confusion schizophrénique » ; rien d'anormal neurologiquement, pas d'examen sérologique, sort améliorée ; réinternée en mars 1931 avec agitation désordonnée et confuse, impulsions, chants, stéréotypies, négativisme pendant 15 jours ; toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien et du sang positives; anisocorie, photoréaction diminuée, plus tard exagération des réflexes rotuliens, pas de troubles de la parole. Le mari est paralytique général typique, le père de la malade mort de paralysie générale, le grand-père maternel éthylique, une sœur de la mère internée, un cousin de la mère suicidé. La malade a été toujours bizarre, solitaire, écrivait des poèmes surtout érotiques... Donc malade à caractère schizoïde et 5 ans auparavant schizophrénique, guérie sans traces ; revient schizophrénique avec signes

neurologiques et syndrome humoral spécifique. Pour l'auteur, ce cas est analogue aux sept cas de Bostroem : le processus paralytique inflammatoire dans le cerveau provoque une psychose endogène, où l'auteur suspecte le processus paralytique initial comme agent provocateur. « L'histoire morbide de ces malades montre qu'il s'agit des phases indépendantes des psychoses endogènes, provoquées par la paralysie initiale comme facteur exogène ». « Ces associations morbides sont intéressantes au sujet des relations des facteurs endogènes et exogènes dans l'évolution des psychoses. La seconde question est le rapport de schizophrénie avec une paralysie ultérieure. Y a-t-il une affinité quelconque ou antagonisme, ou combinaison fortuite ? » Glaus, ajoute l'auteur, trouve qu'il n'y a ni affinité, ni antagonisme, et le nombre des paralytiques anciens schizophrènes est égal à celui des paralytiques à antécédents psychiquement normaux. Mais la paralysie générale chez les schizophrènes a relativement assez souvent une évolution fruste.

Puisque les signes humoraux de la syphilis localisée sur le système nerveux sont pris comme un repère infaillible dans l'interprétation de toutes les affections du névraxe, nous croyons utile de relever que récemment H. Claude a signalé l'existence de « La Paralysie générale sans syndrome humoral ». En présence de cas de paralysie générale constatée anatomiquement, il se demande si ces malades n'auraient pas présenté à une période antérieure des réactions biologiques positives, et s'il n'y a pas eu une sorte de guérison humorale sous l'influence d'une cause indéterminée ; et il conclut que dans certains cas où l'interprétation des manifestations cliniques est difficile, il ne faudra pas tenir compte d'une façon absolue des résultats négatifs que peut donner l'examen du liquide céphalo-rachidien (Analyse, in *Revue Neurologique*, t. 1, p. 168, 1932).

Rossi (*Encéphale*, juin 1928) a soulevé la question des syndromes schizotiques aigus, curables, consistant dans « un processus d'excitation psychique et motrice, avec discordance et autisme et aussi avec conservation de l'affectivité, quoique celle-ci soit troublée dans son expression extérieure ». Ces syndromes autistes aigus, caractérisés par la rapidité d'installation des symptômes et la conservation persistante de l'affectivité, répondraient à l'inflammation des formations mésodermiques de la base du cerveau avec répercussion dans les systèmes neuronaux voisins ; ils diffèrent des syndromes schizophréniques ou autistes chroniques, avec affectivité abolie, et traduiraient l'atteinte primitive et neuro-épithéliale de ces mêmes voies nécessaires à l'interprétation idéo-affective de notre personnalité psychique.

Courbon classe pourtant ces malades dans le cadre des états mixtes de la psychose maniaque-dépressive, ayant la conservation de l'affectivité et du jugement et n'ayant pas d'autisme : le détachement du réel et la discordance étaient conditionnés chez eux par l'inhibition simple, suspension momentanée du contact avec la réalité, mais non par l'autisme, schizose, coupure définitive d'avec la réalité ; il cite le cas d'une pseudo-schizophrénique guérie en moins d'une année (Société de Psychiatrie, nov. 1927).

Nous avons mentionné plus haut l'importance des facteurs psychologiques dans l'orientation psychique vers tel ou tel syndrome ou même vers telle ou telle psychose ; nous devons rappeler aussi que les facteurs psychologiques peuvent aider la guérison. Les influences morales brutales en seraient des moins négligeables. M. Nathan et Mlle Desbrousse (*Ann. Médico-Psychologiques,* juin 1928) montrent que le désenchantement spontané de certains schizoïdes est un facteur de guérison ; cela cadre bien avec la notion de curabilité de la schizoïdie exprimée par Bleuler, Claude, Répond, Minkowski et se placerait à côté des guérisons spontanées, des guérisons par psychanalyse et par la thérapeutique du travail méthodique utilisée par Répond.

Ce n'est au fond qu'une preuve de plus de la labilité du tableau et même du fond schizoïde, moins statique et immuable qu'on le croyait et, vraisemblablement, simple expression fonctionnelle de certains états anatomiques, biochimiques, endocrino-végétatifs ou métaboliques encore assez mal déterminés.

Puisque le problème qui nous préoccupe est *la transformation du tableau de la paralysie générale,* impliquant bien entendu des changements organiques ou fonctionnels, il est intéressant de faire un parallèle entre la psychologie de cette affection et celle de la schizophrénie qui lui succède. C'est ce qu'ont fait Minkowski et Tison (Société de Psychiatrie, 21 février 1924). Tandis que c'est surtout la perte du jugement et de la mémoire qui semble caractériser la vraie démence existant chez les paralytiques généraux, ce qui distingue la démence précoce de Kræpelin, la discordance de Chaslin ou la schizophrénie de Bleuler, c'est la défaillance du facteur pragmatique (Bleuler), la perte du contact vital avec la réalité et le fléchissement de l'élan personnel selon les idées bergsoniennes, un trouble de pénétration. Ainsi les facteurs statiques, comme les souvenirs ou les idées isolées, resteraient intacts, tandis que les facteurs dynamiques, la pénétration qui transforme l'ensemble de ces facteurs statiques en une continuité mouvante et vivante, font défaut. De cette conception se dégage

bien la différence entre l'affaiblissement intellectuel et la dislocation schizophrénique. Chez le paralytique général, les facteurs statiques souffrent avant tout et le facteur dynamique, par contre, semble se conserver assez longtemps. Dénué des souvenirs qui se groupent, autour de l'individu normal, il se manifeste d'une façon morbide et détermine le caractère général des réactions de ces malades, caractère qui parfois se retrouve à un stade très avancé de l'affection.

L'intelligence, dans son jeu normal et complet, apparaîtrait, selon Vermeylen et Vervaeck (Les formes psychosiques, *Encéphale,* nov. 1930), comme constituée par trois sortes d'activités : *intuitive* (la pensée spontanée et instinctive, atteinte dans les formes schizophréniques de la démence précoce) ; *discursive* (activité intellectuelle supérieure, créatrice, atteinte dans les formes paralytiques, artério-scléreuses et séniles) ; et *automatisée* (les fonctions mnésiques, habitudes mentales, acquisitions d'expérience, schèmes ou attitudes mentales se traduisant par la bradypsychie — des tumeurs cérébrales, par exemple — due au manque du support de l'automatisme et à l'effort continuel et épuisant).

Quoi qu'il en soit de la nature et du rôle respectif des fonctions psycho-intellectuelles atteintes dans les deux affections qui font l'objet de notre étude, et sans y insister davantage, si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les faits rapportés par les divers auteurs, nous constatons que le caractère dominant des malades en question est la note catatonique. En effet, ce qui caractérise la catatonie, d'après la description magistrale de Claude et Baruk (*Presse Médicale,* n° 103, 1928), c'est surtout la défaillance primitive des fonctions psychomotrices supérieures, avec intégrité et libération des automatismes inférieurs ; et, au point de vue psychologique (aussi d'après Séglas, Sérieux, Masselon), il y a « une atteinte de la direction, de la synthèse mentale, de la concentration et de l'adaptation psychiques contrastant avec une admirable conservation (et même avec une véritable libération) des fonctions psychiques automatiques, notamment mnésiques... Les réactions psychiques incoercibles, rappelant les réflexes conditionnels, et qui traduisent la même défaillance du contrôle ». « L'inhibition corticale, la libération... impliquant la notion de troubles fonctionnels, dynamiques », sont analogues aux troubles hystériques. Une intensité plus marquée ou une influence plus prolongée peuvent aboutir à des lésions cellulaires plus ou moins étendues : c'est l'état chronique où le trouble anatomique succède au trouble fonctionnel.

De tout ce qui précède, nous pensons que les rapports de la schizophrénie et de la neurosyphilis revêtent vraisemblablement plusieurs aspects et s'il y a des cas où les relations de causalité commandant leur succession sont admissibles et d'autres où elles semblent même évidentes, il y en a encore sûrement d'autres où l'hypothèse de la simple coïncidence s'impose et devrait être prise en sérieuse considération. En effet, assez souvent le tableau de la schizoïdie et même le syndrome schizophrénique complet préexistent à la paralysie générale et lui survivent, restant indifférents et insensibles vis-à-vis du traitement antisyphilitique qui modifie pourtant les signes somatiques, psychiques et humoraux de la paralysie générale ; cependant, le syndrome schizophrénique est interprété alors comme la conséquence ou au moins comme la suite du syndrome paralytique, dont il ne serait qu'une transformation.

Nous donnons trois observations cliniques qui ne se ressemblent nullement du point de vue des rapports schizophrénie-neurosyphilis, ce qui plaide pour l'existence des aspects différents de ces rapports.

Obs. I. — T. M., 51 ans, typographe, interné le 14 nov. 1931 pour excitation violente et désordonnée. Hérédité vaguement connue. Une sœur a eu un accès convulsif à l'âge de 9 ans ; à l'âge de 19 ans (deux mois après son mariage) aurait présenté des troubles consistant en actes destructifs et violents, incohérence, bizarreries, etc., qui ont cessé complètement au bout de 2-3 mois, troubles qui sont revenus depuis régulièrement à des intervalles approximatifs de dix ans. Un frère moins âgé que la sœur (le malade est l'aîné, et entre les trois il y a des différences d'âge de 2 à 3 ans) aurait présenté aussi des troubles schizoïdes à l'âge de 21 ans, revenus à des intervalles de dix ans approximativement. Pendant les intervalles, la sœur et le frère se comportaient normalement et étaient parfaitement lucides et très travailleurs. La femme du malade a eu trois fausses couches : au 6e mois, au 2-3e mois et à six semaines.

Le malade jusqu'à l'âge de 17 ans n'a rien eu d'important, excepté la rougeole ; mais à cet âge il a eu des troubles schizoïdes et des hallucinations visuelles pendant quelques mois. En 1914, seize ans plus tard, donc à l'âge de 33 ans, il a présenté les mêmes troubles avec des hallucinations mystiques. Ultérieurement il a contracté la syphilis qu'il a traitée assez régulièrement par des injections. Il a abusé de l'alcool.

Les symptômes actuels ont débuté cinq mois avant l'internement. Les troubles dont souffre le malade surviendraient, à ce qu'on nous affirme, à des intervalles de 14 à 17 ans : à l'âge de 17 ans, à 33 ans et à 51 ans.

Robuste, bien portant, ne présente aucune lésion organique et aucun trouble fonctionnel. Il a de l'anisocorie, des réflexes ostéo-tendineux vifs, les réactions biologiques de la syphilis faiblement positives. Il y a peu de temps il a fini une série d'injections antisyphilitiques.

Psychiquement, il présente de la logorrhée, de l'incohérence, salade d'idées en général mégalomaniaques. Excitation psycho-motrice, bizarreries, maniérisme, écholalie, stéréotypies du mouvement, de l'attitude et de la parole ; signe de Kræpelin. Confus, désorienté, refuse de répondre aux questions qu'on lui pose. Irrascibilité, opposition, négativisme ; parfois il est indifférent, inaffectif, apathique, inerte ; d'autres fois il est revendicateur.

Traitement : injections de biiodure de mercure, de néosalvarsan et de bismuth.

En décembre 1931 beaucoup amélioré, tranquille, à idéation satisfaisante, orienté, donne des réponses promptes et adéquates ; les troubles schizoïdes sensiblement atténués. Comportement normal depuis le mois de janvier 1932. Congédié le 23 mars 1932.

Ramené le 13 juin 1932 pour agitation, actes bizarres et désordonnés, il présente de nouveau de l'incohérence, du négativisme, des attitudes fixes et stéréotypées, du maniérisme, etc.

Traitement : néosalvarsan et bismuth.

Revient à la normale en août, déploie une activité ménagère satisfaisante et demande à sortir de l'hôpital. Indulgent et complaisant pour tout son entourage.

Le 17 septembre présente brusquement de l'agitation psycho-motrice, des gestes désordonnés, des attitudes théâtrales qu'il qualifie emphatiquement de différentes manières, parole grandiloquente et déclamatoire. Tout cela dure approximativement 15 jours et puis il redevient tranquille, ordonné, parfaitement lucide.

1er janvier 1933. Il est de nouveau excité, agité, etc., présentant la même note schizoïde que pendant les périodes antérieures de troubles. Au bout de 23 jours s'installe une nouvelle période de tranquillité et de lucidité.

3 mai. Le tableau morbide recommence avec maniérisme, parole prétentieuse, exprimant comme un homme ivre des idées expansives, généreuses, mais absurdes, mobiles, incohérentes... théâtralement, sans conviction, superficiellement et parfois même avec une légère nuance d'ironie. Cet état dure jusqu'au 10 juin ; il redevient alors lucide et tout à fait raisonnable.

Une ponction lombaire faite le 10 juin donne le résultat suivant :

Réactions de Pandy, de Nonne-Appelt, et de Weichbrodt faiblement positives ; réactions de Guillain et de Bordet-Wassermann, négatives ; lymphocytes : 1 par mmc.

22 juillet. L'agitation, les bizarreries, les actes désordonnés et même destructifs, les grimaces, la bouche largement ouverte (une de ses manifestations préférées) pendant de longues minutes et la langue

fortement tirée au dehors, etc. ouvrent la scène des troubles qui continuent encore...

Tant pendant les périodes lucides que pendant les troubles il n'a jamais présenté de dysarthrie, ni de tremblement. L'écriture n'offre absolument aucun trouble calligraphique ou psychographique.

A voir le malade pendant les phases de lucidité si raisonnable, tranquille, obéissant, obséquieux, etc., on ne saurait nullement soupçonner le changement total qui peut s'opérer brusquement en lui, le rendant diamétralement différent.

Obs. II. — S. N., 32 ans, fonctionnaire commercial, interné le 4 déc. 1931. Malade depuis 1930. Antécédents obscurs.

Réflexes ostéo-tendineux vifs, tremblement, Romberg ; réactions du liquide céphalo-rachidien intensément positives au moment de l'internement.

Psychiquement confus, désordonné, agitation psycho-motrice intense, bizarreries, maniérisme, cligne des yeux et fait tout le temps des grimaces, surtout comme réponse aux questions qu'on lui pose, etc. Parole déclamatoire avec des gestes et attitudes théâtrales. Incohérence dans les idées, désorienté dans le temps et l'espace ; la mémoire et le jugement ne peuvent pas être appréciés, le malade refusant la plupart du temps de répondre : négativisme. La volonté réduite, irritable, irascible, impulsif, violent. Etat général très précaire, consomption progressive et invincible.

Traitement : bi-iodure de mercure et néosalvarsan.

15 janvier : état quasi-démentiel, gâtisme.

27 janvier 1932 : mort.

Autopsie : méningo-encéphalite chronique diffuse et atrophie cérébrale ; myocardite, tuberculose pulmonaire, hépatite cirrhotique, néphrite, cachexie extrême.

Lepto-méningite type paralysie générale. Le cerveau pèse 1.170 grammes, est congestionné, présente une atrophie des circonvolutions fronto-pariéto-temporales ; les sillons très élargis ; réduction de la substance blanche, de la substance corticale et des noyaux de la base. Enorme dilatation des ventricules latéraux (hydrocéphalie interne), épendymite chronique ; hypophyse petite, scléreuse ; selle turcique normale.

Dans les poumons, foyers de tuberculose petits et moyens, en partie caséifiés, en partie cicatrisés ; petites cavernes dans les deux poumons.

Obs. III. — Gh. Ch., 30 ans, manœuvre, interné le 5 avril 1932. Depuis une année parle à côté, incohérence, actes désordonnés ou bizarres. Les dernières semaines précédant l'internement, à la suite d'une frayeur, il est devenu violent et irascible.

Les pupilles égales, à réactions normales. Les réflexes ostéo-tendi-

neux sont vifs. Les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien sont positives.

Psychiquement : agitation psycho-motrice intense, logorrhée, continuellement des bizarreries, grimaces, maniérisme, rire non motivé. Idées bizarres, imprécises, réponses absurdes et à côté. Désorienté dans le temps et l'espace ; négativisme. Affectivité réduite.

Traitement : injections de néosalvarsan et de bismuth.

Depuis juin 1932, l'agitation diminue et les manifestations schizoïdes disparaissent graduellement. Il devient capable d'une activité ordonnée et soutenue ; il commence à se rendre compte de son état antérieur qu'il apprécie exactement, en regrettant ses actes, et se comporte tout à fait normalement. Sort de l'hôpital en septembre 1932, normal au psychique, et avec un état général très bon, contrastant avec la déchéance organique du début : son poids lors de l'internement était 38 kgr. et à la sortie 54 kgr. 100 (taille : 1 m. 61).

Les trois malades ont été soumis exclusivement à la chimiothérapie antisyphilitique.

Comme on peut bien se rendre compte, les trois cas ne se ressemblent point : ni par les relations des manifestations schizophréniques avec la neurosyphilis, ni par l'évolution générale des malades et de leurs troubles psychiques, ni par l'importance des manifestations schizophréniques dans l'ensemble de ces mêmes troubles.

En effet, dans l'observation I, les troubles psychiques se réduisent presque exclusivement aux manifestations schizophréniques, dont les rapports avec la syphilis du névraxe semblent même discutables : ces manifestations ont précédé la syphilis et ont un caractère nettement familial ; on pourrait plutôt dire qu'il s'agit d'une « *cyclophrénie* » (Obregia) *familiale*. D'autre part, l'influence du traitement antisyphilitique a été presque nulle, en exceptant peut-être les troubles qui ont déterminé le premier internement, ayant un caractère particulier par la prédominance de l'impulsivité, de la violence, de l'irascibilité.

Dans l'observation II, c'est la paralysie générale qui a déterminé la marche et l'évolution fatale, que la tuberculose pulmonaire toute seule n'aurait pas pu accomplir peut-être. Il est difficile de dire si les manifestations schizophréniques ont eu des relations directes avec la paralysie générale, ou s'il n'y a eu qu'une coïncidence.

On ne peut pas être affirmatif davantage au sujet de l'observation III : si les manifestations schizophréniques font partie intégrante de la syphilis du névraxe (évidente par les réactions humorales) ou s'il s'agit aussi d'une simple coïncidence.

En tout cas, ces troubles « psychosiques » n'ont aucun rapport avec l'action du traitement antisyphilitique et encore moins avec la malariathérapie, qui n'a même pas été instituée dans ces cas.

Basés sur ces constatations, nous nous permettons d'émettre l'opinion que, au moins dans certains cas de coexistence de la schizophrénie et de la neurosyphilis chez le même individu, il faudrait être très réservé sur la question des relations étroites réciproques de ces deux syndromes ; et qu'il est très utile de rechercher sérieusement s'ils n'ont pas une existence indépendante et s'il ne s'agit pas de simple rencontre fortuite. La symptomatologie intriquée de certains cas rapportés par divers auteurs, ainsi que de nos propres cas, permet d'exprimer des doutes sur la régularité et sur la fatalité des rapports de causalité ou de transformation des deux syndromes dans tous les cas où ils coexistent chez un même malade.

UN JUGEMENT DE DIVORCE D'UN ALIÉNÉ INTERNÉ

PAR

A. SANTENOISE et P. LÉCULIER

En principe, il y a actuellement (1), en France (2), impossibilité pour le conjoint d'un aliéné de rompre son union.

Nous allons rappeler brièvement les raisons de cette impossibilité dans la loi et la jurisprudence, et après avoir mentionné quelques rares jugements contraires à la règle, nous rapporterons un jugement inédit et caractéristique de divorce concernant un aliéné interné.

⁂

Il existe, dans la législation française actuelle, deux procédés de rupture d'union : la nullité du mariage (art. 180 Code Civil) et le divorce (ou la séparation de corps) (art. 229, etc...).

Le premier moyen (nullité de mariage) ne peut être utilisé, car la méconnaissance d'un état pathologique n'est pas erreur sur la personne, et le défaut de consentement dû à une maladie mentale n'est admis que produit par l'aliéné ou ses représentants légaux.

Le divorce non plus ne peut, en principe, être obtenu : d'une part, l'adultère n'en est pas admis comme cause si le conjoint coupable était atteint d'aliénation mentale (Caen, 31 déc. 1889, DP 91. 2 280) ; d'autre part, si les aliénés commettent souvent

(1) « *Actuellement* », car la loi du 20 septembre 1792 établissant le divorce reconnaissait l'aliénation mentale comme cause de divorce. Cette cause ne fut plus admise par le Code Civil (Titre VI, 21-3-1803), non plus que par la *loi Naquet* (27 juillet 1884), rétablissant le divorce aboli sous la Restauration, par la loi du 8 mai 1816.

(2) « *En France* », avec cette réserve que, en Alsace, pour les autochtones, l'art. 1569 du Code allemand, permet le divorce pour cause d'aliénation dans certaines conditions. (Cf. Prince, 4).

des actes qui pourraient être interprétés comme excès, sévices ou injures graves, autres causes admises par la loi, les juges qui ont un pouvoir souverain d'appréciation sur ces faits, sont cependant liés par la jurisprudence. Celle-ci est formelle, elle exige le caractère *intentionnel* des faits présentés.

En effet, la Cour de Cassation, le 5 août 1890 (DP 91, 1, 365) a posé ce principe que les excès, sévices ou injures graves pouvant motiver une demande en divorce, doivent émaner d'une personne *saine d'esprit et moralement responsable* de ses actes, en motivant un arrêt dans ces termes :

« Que, appelée à apprécier les excès, sévices et injures graves que G. reprochait à sa femme, et à raison desquels il demandait son divorce, la Cour de Riom n'a point excédé ses pouvoirs, ni violé les articles de loi sus-visés, lorsque se reportant, d'après les enquêtes, aux circonstances dans lesquelles les faits cotés s'étaient produits, elle a déclaré que ces circonstances révélaient une *maladie* qui déchargeait la dame G. de toute *responsabilité.* »

Cet arrêt de principe a été suivi de nombreux jugements dans le même sens :

— Orléans, 28 novembre 1900 (après cassation d'un arrêt de Paris 1897, qui accordait le divorce pour des faits d'ivresse).

— Requêtes, 4 mars 1902 (neurasthénie).

— Agen, 30 janvier 1905 (aliéné interné, alcoolique, mais dont l'aliénation n'a pas été rattachée à l'alcoolisme par la Cour).

— Requêtes, 15 mai 1912.

— La Cour de Dijon, le 29 novembre 1923 (D 1924, 2, 46) a rejeté une demande de séparation de corps contre un malade atteint de myélite, dont l'irresponsabilité était attestée par experts, en motivant ainsi son arrêt :

« Il faut que ces actes soient démontrés accomplis par l'époux défendeur sous l'empire d'une volonté suffisamment consciente et maîtresse de soi pour révéler, chez leur auteur, *l'intention réfléchie et librement exécutée,* de porter l'atteinte grave qu'ils comportent, etc... »

La jurisprudence est donc nettement établie : les faits invoqués par le demandeur en divorce doivent présenter un *élément intentionnel* qui ne peut se trouver chez un aliéné.

Les auteurs sont d'accord sur ce point, qu'exprime ainsi Carpentier : (Divorce et Séparation de corps, 1899, n° 1.871) :

« Il est certain que *l'élément intentionnel* étant constitutif des essais, des sévices et des injures graves, le divorce ou la séparation de corps ne sauraient être prononcés pour des sévices, excès et injures graves provenant de l'altération des facultés mentales chez l'agent. »

Le même auteur signale une exception : « Rigoureusement donc, on devrait négliger toute injure qui ne témoignerait pas d'une responsabilité morale évidente. Cependant, certains tribunaux font prédominer, sur cette considération, la circonstance que toute cohabitation paraît devenue impossible ». (Carpentier 232).

Cette exception ne peut plus être prise en considération actuellement. L'arrêt qu'elle visait est antérieur à la loi actuelle sur le divorce (1884) et clôturait une instance en *nullité de mariage,* le divorce n'existant pas dans la législation française en 1866. Nous citons cet arrêt, cependant, pour insister sur le fait qu'il est une exception unique qui n'a pas fait jurisprudence (D. P. 1867, 5, 390) (2).

« Attendu que les imputations dirigées contre la dame X... par son mari, *bien qu'elles ne puissent dériver que des hallucinations d'un esprit troublé,* sont cependant si graves et si persévérantes que la cohabitation imposée à cette dame par les devoirs du mariage n'offrirait plus pour elle aucune sécurité. »

Depuis la loi qui régit actuellement le divorce (1884), nous n'avons trouvé aucun jugement semblable.

*
**

La loi, la doctrine et la jurisprudence ont donc fortement marqué l'impossibilité, pour le conjoint d'un aliéné, d'obtenir le divorce ; celui-ci a cependant été prononcé dans quelques cas.

Ces rares jugements nous semblent pouvoir être classés en trois catégories :

1° La responsabilité de l'aliéné quant aux faits articulés par le demandeur, a pu être admise sur un *rapport d'expert* ou parce que le malade, étant *sorti* d'un asile, n'était plus considéré par le tribunal comme aliéné.

2° L'affection mentale a pu être attribuée à quelque *faute personnelle* du défendeur et sa responsabilité ainsi admise.

3° Enfin, la dissimulation de l'existence d'aliénation mentale

avant le mariage a été considérée, dans quelques cas, comme injure grave.

Nous passerons rapidement sur les faits de la première catégorie, en citant l'exemple du malade expertisé par Régis (6) (Bordeaux, 27 janvier 1897), et 2 autres cas, l'un rapporté par Rogues de Fursac (8) d'un « paranoïaque typique, présentant un délire de jalousie conjugale, avec interprétations morbides très nettes » et qui avait été interné ; l'autre (4° Ch. Tr. Civil Seine, 3 déc. 1910) (3) où le divorce a été prononcé sur des faits postérieurs à la sortie d'un asile, celle-ci étant considérée comme une guérison constatée par experts.

A vrai dire, ces arrêts ne sont pas, au point de vue judiciaire, des divorces d'aliénés, puisque la responsabilité du défendeur n'a été admise par le tribunal qu'en écartant l'aliénation, soit d'après le rapport d'un expert, soit d'après le fait de la sortie d'un asile.

De plus nombreux jugements ont prononcé le divorce contre un aliéné en rejetant sur lui la responsabilité de son affection mentale elle-même, imputable à ses excès alcooliques ou autres.

Ce principe a été exprimé par plusieurs auteurs :

Demolombe et Grévin (Traité du Divorce, 1896) estiment que les injures et sévices peuvent être retenus dans le cas « où le désordre mental doit être imputé à une faute de celui qui en est atteint ».

Coulon (Le Divorce et la séparation de corps, III, p. 78, Paris 1891) admet le divorce pour le motif d'ivrognerie scandaleuse et habituelle si les faits d'ivrognerie ont eu lieu « en dehors de toute influence résultant d'infirmités physiques ou intellectuelles ». Juquelier (2) a cité 4 jugements ayant suivi cette doctrine. Il est explicitement dit, pour l'un des jugements au moins (Cour de Paris, 29 avril 1881) que le malade était interné.

La Cour de Marseille a également prononcé un divorce dans ces conditions, le 10 novembre 1890.

Ce principe a été étendu par la Cour d'Alger à l'intoxication par la morphine (11 juillet 1892, DP. 1893, 2, 20).

Trénel (9) a rapporté 4 cas de divorce de paralytiques généraux basés sur le même principe. Lors de la parution de son article, 2 de ces affaires étaient en cours de procédure, une autre était en appel, mais la 4e était jugée en dernier ressort.

En matière de divorce, le principe de la responsabilité d'un aliéné, dont l'affection a été causée par des excès alcooliques ou autres, est donc constant dans la jurisprudence.

Cette responsabilité a été admise aussi pour l'aliéné qui a dissimulé son état mental morbide à son conjoint avant le mariage. C'est une jurisprudence moins fermement assise.

Ritti (7) a publié deux cas de divorce ainsi prononcés :

L'un (Tribunal de Moulin, 12 mai 1909), pour un épileptique ayant eu des crises le jour du mariage et qui avait dissimulé son épilepsie avant le mariage. Le jugement a été confirmé par la Cour de Riom le 14 décembre 1910.

L'autre (Tribunal de la Seine, 25 déecmbre 1908) s'appliquant à une femme mariée en décembre 1898 et internée 3 mois après. Mais elle avait déjà été internée quelques mois avant le mariage et cet internement avait été dissimulé à l'époux. Le Tribunal prononça le divorce au profit du mari en lui confiant l'enfant. Cependant, il mit à sa charge les frais dépensés à Ste-Anne pour la malade.

Dans l'article de Juquelier (2) est rapporté un autre jugement qui a admis ce principe, tout en ne prononçant pas le divorce du reste. Il s'agissait d'un épileptique, mais les juges ont admis qu'il avait pu ne pas se rendre compte du caractère de ses crises, les médecins qui auraient pu l'éclairer étant liés par le secret professionnel et n'ayant pu témoigner.

Dans des procès de cette sorte, les enquêtes peuvent assez facilement prouver l'état d'aliénation mentale antérieur au mariage et le fait que cet état n'a pas été connu du conjoint avant le mariage, mais il est extrêmement difficile, par contre, de mettre en évidence la responsabilité du malade dans cette dissimulation. C'est probablement ce qui explique l'extrême rareté des arrêts appliquant cette doctrine ; des recherches méthodiques dans les recueils de jurisprudence ne nous ont, en effet, pas permis de rencontrer d'autres jugements semblables.

Il nous a paru utile, dans ces conditions, de publier le suivant, inédit et particulièrement caractéristique.

Voici l'histoire de la maladie résumée *d'après les propres déclarations de X.* lui-même :

X. est né le 23 juin 1891.

Le début des troubles mentaux remonterait à janvier 1924 sans qu'il soit possible de déterminer actuellement si les propos qu'entendait le malade étaient des hallucinations ou étaient simplement interprétés par lui de façon délirante.

Depuis l'Ascension 1924, « il n'était plus lui-même ». Cependant, il se fiance en juillet 1924. En décembre, étant fatigué, il prend un congé d'un mois. Il a compris ensuite que cette fatigue provenait de l'hypnotisme.

Pendant ses fiançailles, X. entend certains jours de courts propos si extraordinaires qu'ils semblent bien avoir été des hallucinations de l'ouïe. D'autre part, il fait plusieurs actes qu'il se sent « obligé à faire ».

Il se marie le 22 février 1925. A cette date, dit-il, il connaissait sa fiancée depuis 3 ans. Ils se voyaient tous deux très souvent, tous les jours quelque temps avant le mariage.

Le soir du mariage, les époux partent en voyage. Arrivés à destination, le lendemain matin, ils vont se promener après déjeuner, et, au cours de la promenade, X. s'asseoit d'abord dans la rue en tournant le dos à sa femme et aux parents qui l'accompagnent, puis il parle à haute voix et dit des choses absurdes qu'il était « obligé de dire ».

Plus loin, hypnotisé par une femme depuis sa fenêtre, il entre dans la maison et démolit un panneau de porte à coups de pied, entre dans un atelier et jette divers objets par la fenêtre.

Un médecin l'examine peu après et lui conseille de rentrer chez lui, de se reposer pendant 15 jours et de prendre des bains.

Cinq jours après, sa femme quitte le domicile conjugal en écrivant à la mère du malade : « Ce que vous m'avez caché est ignoble, je ne vous le pardonnerai jamais et je ferai annuler mon mariage en Cour de Rome. »

Depuis lors, X. a été interné deux mois à B., au début de 1926 (placement volontaire).

Le 19 mars 1927, il a dû être placé d'office à l'Asile de St-Ylie ; l'arrêté préfectoral a été motivé par le certificat d'admission suivant, délivré par son médecin traitant :

« En traitement depuis deux ans pour une psychose à évolution lente et progressive, caractérisée par :

« Mémoire lacunaire, actes impulsifs, incohérents, désordonnés avec absence totale d'esprit de suite ; incohérence dans les idées et le langage ; hallucinations auditives ; idées de persécution avec menaces de vengeance qu'il tente de mettre à exécution, voies de fait sur son entourage, excitation psychique et physique presque continuelle.

« Son état mental et le risque qu'il fait courir à son entourage nécessitent l'internement sans délai ni réserves dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales, tel que l'asile de St-Ylie. »

Depuis son internement, exception faite de quelques impulsions violentes et d'une certaine irritabilité, X. est habituellement calme, mais très délirant.

Il a des hallucinations de l'ouïe à caractère fréquemment insultant ou pénible. Il dit, par exemple :

« Les voix derrière les murs m'insultent au lointain..., ils parlent où ça fait écho, je ne sais s'il y a des appareils spéciaux, des microphones..., il y a des insultes qui sont tellement sales... »

Ces voix l'accusent parfois, entre autres choses : « ...d'avoir dit vache à la Reine de Roumanie... ».

Il entend d'autres fois un murmure « inculqué en lui, dans son cerveau », phénomène qu'il attribue à l'hypnotisme, ainsi que les suivants :

« Quand l'hypnotisme se manifeste, je ne peux rien demander..., on fait ablation de ma mémoire par l'hypnose..., il y en a des centaines qui m'hypnotisent..., il faut toujours supporter ces forces de volonté. »

A côté de ces hallucinations de l'ouïe, de ce syndrome d'influence et de quelques idées mal systématisées de persécution, X. présente des préoccupations hypocondriaques.

Actuellement, on ne constate pas d'affaiblissement intellectuel, et au point de vue physique, il y a lieu de noter un certain amaigrissement depuis l'entrée.

Sa femme a demandé et obtenu le divorce en se basant sur la dissimulation que lui a faite X. de son état mental avant le mariage.

Le Tribunal civil de Dôle, le 25 novembre 1931, a prononcé le jugement ci-après qui est devenu définitif, le mandataire de X. n'ayant pas fait appel.

« Attendu que la dame X., née Y., a contracté mariage avec X. le 21 février 1925, par devant l'officier de l'Etat civil de la ville de S., sans faire précéder cette union d'un contrat,

« Qu'aucun enfant n'en est issu,

« Que, dès le 22 février 1925, le mari eut une crise d'aliénation mentale,

« Que, par jugement devant faire droit en date du 24 décembre 1930, le Tribunal du siège avait autorisé la demanderesse à rapporter la preuve qu'antérieurement au mariage le défendeur avait eu des crises de sa maladie ;

« Qu'il connaissait son état et l'avait volontairement et frauduleusement, avec l'aide de ses parents, caché à son épouse,

« Qu'en principe, en effet, la dissimulation de faits antérieurs au mariage peut être considérée par le juge comme une injure grave (Planiol et Ripert, tome II, « de la famille », n° 578), si ces faits connus de l'époux demandeur étaient tels qu'ils auraient eu pour conséquence son refus à consentir au mariage (Planiol et Ripert, tome II, « de la famille », n° 531),

« Qu'ainsi l'impuissance qui, par elle-même, n'est pas une cause de divorce, peut le devenir si elle était connue avant le mariage, de l'époux atteint de cette infirmité, la dissimulation qu'il en a faite constituant une injure. (Cassation, chambre des Requêtes, 25 janvier 1922, Sirey 1922, 252).

« Attendu qu'il résulte des documents produits, notamment d'enquêtes et contre-enquêtes, diligentés par des parties, tout d'abord,

que la dame X. prouve qu'elle n'aurait pas épousé son mari si elle s'était doutée de son état ;

« Que, d'après la demoiselle M. (1er témoin de l'enquête à D.), elle dit devant la mère de son futur et devant celui-ci avant le mariage, qu'elle ne se marierait jamais avec quelqu'un atteint de troubles mentaux ;

« Que les témoins H. (témoin de l'enquête à L.) et veuve E. (4e témoin de l'enquête à S.), confirment qu'elle ne se serait jamais mariée si elle avait été mise au courant de la véritable situation de son mari ;

« Que la demanderesse prouve ensuite que celui-ci et sa famille lui ont laissé ignorer comme ils ont laissé ignorer au public le mal dont il était atteint ;

« Qu'en effet, la généralité des témoins, tant des enquêtes que des contre-enquêtes, l'affirment en ajoutant même pour la plupart que lors d'une crise qui avait motivé son départ du Magasin des « D. de F. » où il était employé en 1924, le défendeur et ses parents avaient fait courir le bruit d'une grippe de X. ;

« Que cependant il ressort des enquêtes que X. avait eu des symptômes significatifs décelant sa maladie, en 1924, c'est-à-dire avant son mariage ;

« Qu'il résulte, en effet, de la déposition de la demoiselle B., précitée, qui a travaillé à ses côtés aux « D. de F. », à S., en 1924, qu'il tenait des propos incohérents et qu'il abandonnait son travail sans motif plausible et sans avertir personne ;

« Qu'au sieur D. (1er témoin de l'enquête à S.), la mère de X. a confié que son fils a quitté les « D. de F. » par suite d'insomnies et de dépression nerveuse et parce qu'il se croyait poursuivi et persécuté par la police ;

« Qu'elle a également dit à sa fille devant B. (5e témoin de l'enquête à S.), en parlant du défendeur lorsqu'elle apprit la crise survenue le lendemain du mariage : « Tu sais bien qu'il a des absences. »

« Attendu que dans les intervalles des crises, X. était lucide, qu'il avait conscience du mal qu'il portait en lui ;

« Que cela ressort de la déposition du témoin B. précité rapportant les dires du Docteur L., de B., qui soigna le malade lors de sa rechute du 22 février 1925, et à qui ce praticien aurait confié tout d'abord que cette affection était ancienne, ensuite que X. avait avoué à son médecin, que depuis juin 1924, il entendait des voix et se croyait persécuté ;

« Qu'ainsi le défendeur connaissait son infirmité ;

« Qu'il a lui-même recommandé au témoin B. de n'en rien dire à son beau-père ;

« Que sa volonté de la dissimuler avec l'aide de sa famille à sa femme, ressort du soin qu'il prenait de ne pas sortir seul avec elle

(témoins de l'enquête de D. ; 2e et 3e témoins de l'enquête de S.), car X. n'ignorait pas ce que le médecin colonial B. G., qui l'avait soigné et examiné, lui avait déclaré, savoir, qu'il n'était pas mariable, comme il ressort de la déposition de la mère de ce médecin (3e témoin de l'enquête à S.).

« Attendu qu'ainsi la dame X. rapporte la preuve que son mari avait eu des crises antérieures à son mariage ;

« Qu'il lui avait volontairement et frauduleusement, avec l'aide de sa famille, caché un état de maladie tel qu'il aurait empêché l'épouse de consentir au mariage si elle l'avait connu ;

« Que ce fait constitue une injure de nature à justifier la demande, le tribunal écartant tous autres motifs pour ne retenir que cette dissimulation ;

« Que celle-ci, comme le démontrent les enquêtes, contre-enquêtes et les propres déclarations de X., a été accomplie jusqu'au jour du mariage sous l'empire d'une volonté suffisamment consciente et maîtresse pour révéler chez son auteur l'intention réfléchie et librement exécutée de porter atteinte aux obligations réciproques que le mariage fait naître entre époux (Dijon, 29 novembre 1923, *Gaz. Palais*, 1924, I, 208).

« Que cette dissimulation n'est pas le résultat d'un état morbide ;

« Qu'en effet, il résulte de la déposition du Dr Desruelles (2e témoin de la contre-enquête à D.), que, suivant les espèces, l'aliéné est ou non conscient dans les intervalles des crises (1) ;

« Que les documents sus-visés démontrent que X. était lucide dans ces intervalles, comme en font foi tant sa conduite avant le mariage, notamment le soin qu'il prenait de ne jamais sortir seul avec sa fiancée, que ses précautions pour dissimuler au public en la faisant passer pour une grippe, la véritable nature de la maladie qui l'obligeait à se soigner ;

« Que, dans ces conditions, le juge peut, sans commettre une contradiction, prononcer le divorce, s'il déclare le fait sur lequel il s'appuie, commis par le malade d'esprit avec conscience suffisante de ses actes et de leur caractère nettement injurieux (Cass., 7 mars 1923, *Gaz. Pal.*, 1923, I, 17).

« Attendu qu'il est d'ailleurs à remarquer que l'état d'aliénation mentale de X., depuis 1924, c'est-à-dire antérieur au mariage, bien établi comme il l'est par les enquêtes (dépositions B., B., D., précitées), n'est pas une fin de non-recevoir, qu'il peut opposer à la demande de sa femme, mais un moyen de fond ;

« Qu'il appartenait à son représentant de prouver que ce mal lui enlevait toute lucidité dans les intervalles de crises, notamment de

(1) Le Dr Santenoise, convoqué également lors de l'enquête, a répondu qu'il estimait, en raison du secret professionnel, devoir s'abstenir de toute déclaration, car le malade se trouvait alors placé dans son service, où il est encore.

juin 1924, date de la dernière rechute, au 1er février 1925, date de son mariage, et que la contre-enquête sollicitée par lui lui permettait de faire la lumière sur le fait de savoir si sa dissimulation était ou non volontaire (Cass., Belgique, 19 sept. 1929, *La Loi,* 3 déc. 1929).

« Qu'au contraire, la généralité des témoins de cette contre-enquête de S., vient reconnaître que le défendeur, dans ces intervalles de crises, était très intelligent et que rien ne permettait de remarquer un trouble de son esprit ;

« Qu'ainsi, quel que soit l'état mental actuel de X., le divorce peut être prononcé pour faits antérieurs au moment où sa maladie est devenue une crise lui enlevant le contrôle de ses actes ;

« Qu'il n'y a pas lieu à expertise d'office, cette mesure n'étant pas sollicitée ;

« Qu'en résumé, si l'aliénation mentale du défendeur s'opposait à ce que des injures de la part de l'époux malade puissent servir de base à une action en divorce, cette raison, suivie par une jurisprudence unanime, disparaît pour celles qu'ils a commises alors qu'il était assez sain d'esprit pour que sa volonté ne soit pas abolie (Cour de Paris, 3e Ch., 13 mai 1931, *Gaz. Pal.*, 1931, 2, 257).

« *Par ces motifs :*

« Le Tribunal vidant sa mise en délibéré du 18 novembre 1931, statuant publiquement, contradictoirement, en matière ordinaire et en premier ressort,

« Prononce le divorce entre les époux X.-Y., aux torts du mari. »

.....

*
**

Conclusion. — En somme, doctrine et jurisprudence s'accordent à refuser à l'aliéné la responsabilité des actes commis ou des paroles prononcées par lui et dont la nature justifierait une demande en divorce de la part du conjoint, si le défendeur était sain d'esprit.

Cette responsabilité peut être admise cependant par un Tribunal si les actes invoqués ont été commis après la sortie, par guérison, d'un asile, ou si un rapport d'expert permet d'admettre cette responsabilité.

Le divorce peut être aussi prononcé dans deux autres cas :

1° Si l'aliénation mentale est imputable à une faute du malade lui-même (folie alcoolique ou paralysie générale) ; de nombreux arrêts ont suivi cette jurisprudence.

2° Si l'état d'aliénation mentale, préalable au mariage, a été dissimulé au conjoint du malade, avant le mariage. Cette juris-

prudence est plus contestée que la précédente et la responsabilité de l'aliéné dans cette dissimulation est une question d'espèce. Deux jugements seulement, à notre connaissance, ont appliqué jusqu'à présent cette doctrine et l'un d'entre eux a été confirmé en appel.

Dans ces deux cas, cités par Ritti (7), la dissimulation volontaire était facile à mettre en évidence puisqu'il s'agissait, dans l'un, de crises d'épilepsie, dans l'autre, d'un internement, faits qui, dans l'un et l'autre cas, ne pouvaient avoir été méconnus du malade.

Le jugement que nous relatons nous paraît avoir un intérêt particulier, en ce sens que la dissimulation volontaire dont il est question dans ce jugement, concerne des troubles mentaux présentés par le malade avant le mariage, mais n'ayant pas donné lieu à l'internement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boven. — Rapport au Congrès de Blois, 1927.
2. Juquelier et Fillassier. — La jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation. *A. M.-P.*, 1911, I, p. 91.
3. Juquelier et Fillassier. — Quelques documents sur la question « Aliénation mentale et divorce ». *A. M.-P.*, 1911, I, p. 449.
4. Prince. — A propos de divorce pour cause d'aliénation mentale. *A. M.-P.*, 1923, I, p. 315.
5. Raynier et Beaudoin. — *L'aliéné et les asiles d'aliénés*. Paris, Lefrançois, 2e édition, 1930.
6. Régis. — Déséquilibration mentale et divorce. Affaire Par... Rapport médico-légal, jugement. *A. M.-P.*, 1911, II, p. 59.
7. Ritti. — Divorce pour cause de dissimulation d'accès de folie antérieur au mariage. *A. M.-P.*, 1912, p. 65.
8. Rogues de Fursac. — Discussion d'une communication. *A. M.-P.*, 1927, I, p. 72.
9. Trénel. — A propos du divorce des aliénés. *Annales de médecine légale*, 1926, p. 358.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 14 Décembre 1933

Présidence : M. Georges DUMAS, président

PRÉSENTATIONS

Les accidents épileptiques tardifs chez les paralytiques généraux malarisés (*Remarques à propos d'un cas*), par MM. Henri CLAUDE et Pierre MASQUIN.

La pathogénie des crises comitiales observées chez quelques paralytiques généraux, à la suite de malariathérapie, reste un objet de discussion. Aussi, nous a-t-il paru intéressant d'en rapporter une observation.

Leut... Raoul, 32 ans, entre dans notre service le 4 avril 1931, après quelques jours d'observation à l'hôpital Henri-Rousselle, où il avait été admis avec le diagnostic de « *Paralysie générale au début* ». Le certificat d'internement était ainsi rédigé : « *Paralysie générale : affaiblissement des facultés intellectuelles. Dysmnésie. Perte de l'auto-critique et de la capacité professionnelle. Euphorie. Satisfaction béate, projets optimistes. Approbativité. Paresse irienne. Dysarthrie. Secousses ataxiques des muscles péribuccaux. Tremblement.* »

Sang : Bordet-Wassermann et Meinicke positifs.

Liquide Céphalo-Rachidien : Albumine : 0,80 ; Pandy : +++ ; Leucocytes : 10 ; Bordet-Wassermann : + ; Meinicke : + ; Benjoin : 22222.22222.10000.

A signaler, dans les antécédents de ce malade, une affection véné-

rienne en 1918 (écoulement blennorhagique, vraisemblablement accompagné de chancre syphilitique, étant donné le traitement par piqûres qui fut alors établi). Aucun traitement par la suite.

Les premiers symptômes de syphilis nerveuse se manifestent en décembre 1930 sous forme d'un ictus aphasique, survenu brusquement sans perte de connaissance (persistance de la compréhension des propos de l'entourage) et sans troubles moteurs. L'aphasie disparut deux heures après, mais, dès les semaines qui suivirent, apparurent les premiers symptômes d'un affaiblissement intellectuel portant surtout sur la mémoire et l'attention : fautes professionnelles, argent égaré, erreurs dans les commandes. L... est alors remercié par son employeur (il travaillait aux Abattoirs de la Villette), passe trois mois à la campagne dans sa famille, mais ne reçoit aucune médication anti-spécifique.

L'examen que nous pratiquons à l'entrée confirme l'affaiblissement intellectuel portant sur la mémoire d'évocation : imprécision de certains souvenirs, difficultés dans l'exposé de son passé, oubli de certaines dates, mais surtout sur la mémoire de fixation. L'attention est assez touchée, de même le raisonnement qui ne permet pas la critique des faits absurdes. Par contre, conscience partielle de l'état pathologique récent et de son incapacité professionnelle, contrastant avec une certaine euphorie, une sensation de bien-être psycho-physique. A noter enfin une certaine indifférence émotionnelle et affective. Aucun élément confusionnel ni délirant, aucun trouble psycho-sensoriel.

En somme, tableau d'affaiblissement intellectuel simple, au début.

Le syndrome physique se caractériserait surtout par une dysarthrie très marquée, un léger tremblement digital et lingual. Les pupilles, égales, régulières, paresseuses, réagissaient toutefois aux deux modes. Les réflexes tendineux et cutanés étaient normaux. Pas de paralysie des nerfs craniens.

Etat général satisfaisant. A signaler une tension de 15-8 au Pachon et un léger éclat de deuxième bruit à la base.

⁂

C'est dans ces conditions que L... est impaludé le 7 avril 1931 : courbe régulière, sept accès dont cinq à 41° ; après quoi la fièvre s'éteint d'elle-même. La quinine n'est administrée que pour prévenir des accès ultérieurs, à la dose habituelle : 1,50 pendant huit jours.

Le 20 mai, la formule liquidienne était la suivante : Albumine : *0,50 ; Pandy : + ; Cyto. : 1,2 ; Bordet-Wassermann : + ; Benjoin : 22222.22222.20000.*

Dix jours après, le malade sortait avec le certificat suivant : « *Paralysie générale améliorée des points de vue humoraux et psychiques par la malariathérapie. Peut être rendu à sa femme qui le réclame.* »

Etant donné son court séjour dans notre service, L... n'avait subi

aucune médication anti-spécifique. Il part en convalescence chez sa mère et là il s'occupe à divers travaux de ménage et de jardinage, mais ne suit aucun traitement. C'est pendant la première quinzaine du mois de février 1932, huit mois après sa sortie, *neuf mois après l'impaludation,* que se produit une crise épileptiforme. Brusquement, à 7 heures du matin, L... se sent défaillir, pâleur, sueurs, convulsions généralisées, écume aux lèvres, perte de connaissance assez prolongée. Le souvenir de cette crise ne lui serait revenu qu'à la suite d'une piqûre faite par un médecin le lendemain seulement, précise-t-il.

En juillet, il reprend le travail comme livreur aux Abattoirs de la Villette, y reste pendant cinq mois, mais le *24 décembre* une deuxième crise, identique à la première, se produit. Il reste alors auprès de sa mère et, peu de temps après, retourne à l'Hôpital Henri-Rousselle pour observation. Il est réinterné quelques jours après, avec un certificat signalant notamment : « *Affaiblissement intellectuel simple. Désintérêt. Incapacité de travailler. Troubles du caractère.* CRISES COMITIALES. *Dysarthrie.* » SANG : *Bordet-Wassermann: négatif. L.C.R.: Alb. : 0,50. Pandy : +. Leucoc. : 0,4. Benjoin: 22210.22222.10000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.* Un examen du niveau mental pratiqué à l'hôpital Henri-Rousselle avait donné un niveau de débilité, la faiblesse portant surtout sur les temps de réaction qui s'avéraient inférieurs à la normale.

L. est alors dirigé sur le service de M. Génil-Perrin que nous tenons à remercier ici pour l'extrême amabilité avec laquelle il nous renvoya ultérieurement ce malade que nous désirions suivre quelque temps.

A Vaucluse, L. était employé au potager où il donnait toute satisfaction par son travail régulier et sa docilité.

Le *15 mars,* à 6 h. 15, chute brusque dans la cour, perte de connaissance pendant une demi-heure, pâleur, convulsions généralisées, écume aux lèvres. A la suite de cet accident, L., pendant un mois et demi environ, est soumis à un traitement par le stovarsol sodique et le bismuth.

Dans notre service, où il se trouve depuis le 6 août, le comportement de ce malade est normal. Il aide à différents travaux de ménage et n'a jamis présenté aucun trouble du caractère. Son affaiblissement mental se caractérise surtout par un ralentissement assez marqué des processus intellectuels. Les épreuves de nos tests sont effectuées assez correctement, mais avec beaucoup de lenteur. L'affaiblissement se marque surtout dans les épreuves d'attention et de mémoire. Les seuls signes physiques de paralysie générale qu'il présente encore sont un léger tremblement des extrémités et surtout une dysarthrie nette. Les pupilles, égales, et régulières, réagissent, mais sont très paresseuses.

Les examens biologiques pratiqués le 20 octobre, ont donné comme résultats : *Albumine : 0,45. Pandy +. Cytologie : 2. Bordet-Wassermann : +. Benjoin : 11220.02200.00000.*

La tension artérielle au Pachon est de 19 × 8 avec indice 6. Rien au cœur.

⁂

En somme, à la suite de la malariathérapie, qui paraît avoir ici jugulé une paralysie générale dont la marche s'annonçait rapide, on a pu constater une amélioration sensible si l'on veut bien se rappeler le tableau clinique que présentait le malade à son entrée dans notre service. Mais le point intéressant de ce cas, c'est l'apparition, *neuf mois après l'impaludation, et, malgré la fixité du syndrome mental qui n'a plus évolué depuis la première sortie, d'un premier accident convulsif. Une seconde crise d'épilepsie était notée dix mois après la première, en décembre 1932, une troisième en mars 1933. Trois autres ont été observées au cours de son hospitalisation dans notre service, la première le 12 août, les deux autres dans la nuit du 28 au 29 octobre dernier.* Voici les caractères communs à ces trois crises, d'après les rapports qui nous en ont été faits: durée variable (celle du 12 août a duré une demi-heure ; celles du 28 octobre, la première, dix minutes environ, la seconde, beaucoup plus longue, commencée à 23 h., ne s'est terminée qu'à 0 h. 30. Elles ont consisté en chute, avec perte de connaissance, légères convulsions généralisées, pâleur, écume aux lèvres, ronflement. Pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urines.

⁂

Le cas que nous rapportons ne porte peut-être pas en lui-même un intérêt considérable, les rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale ayant fait depuis longtemps l'objet de multiples travaux parmi lesquels nous ne rappellerons que ceux de Falret (1), Rist (2), Fournier, Péon (3), H. Colin et Mignard (4), L. Marchand (5).

C'est ainsi que M. Marchand, par exemple, disait en 1910 (6) : « On peut observer chez les paralytiques généraux deux sortes bien distinctes de crises convulsives. Chez les uns, les crises, quoique très nombreuses, n'influencent en rien la marche de la paralysie générale, qui peut avoir, malgré ces accidents, une évolution très lente ; aux crises peuvent s'associer des absences

(1) Falret. — Des variétés cliniques de la Paralysie générale. *Congrès internat. de Médecine Mentale.* Paris, 1878, p. 124.

(2) Rist. — Variétés de la Paralysie générale. *Ann. Méd. Psychol.*, 1898, 7e Série, t. XI, p. 295.

(3) Peon. — Rapport de l'épilepsie et de la Paralysie générale. *Congrès des Méd. Alién. et Neurolog.*, 1898, Angers, p. 574.

(4) H. Colin et Mignard. — Diagnostic de l'Epilepsie et de la Paralysie générale. *Soc. Clin. de Médecine Mentale*, 1910, p. 45.

(5) Marchand. — Epilepsie et Paralysie générale. *Presse Médicale*, 7 février 1923.

(6) Marchand. — Discussion : *Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 1910, p. 50.

et des vertiges comme chez les épileptiques ordinaires. A côté de cette forme, il en existe une autre, beaucoup plus commune, dans laquelle les crises convulsives sont toujours suivies d'une aggravation des phénomènes moteurs et psychiques de la paralysie générale. Je ne possède encore aucune donnée sur les lésions anatomiques provocatrices de ces accidents convulsifs dont la pathogénie dans les deux cas me paraît être bien différente ».

L'ictus, compliqué d'aphasie, qui marqua le début de la paralysie générale de notre malade, et entraîna cette déchéance physique et intellectuelle rapide, qu'est venue juguler la malaria, se rapproche du point de vue pathogénique, des accidents convulsifs auxquels fait allusion, en deuxième lieu, M. Marchand. Par contre, les crises qui se produisirent, par la suite, au cours de la rémission obtenue, nous semblent se distinguer nettement du premier incident, et se rapporter au premier groupe de faits dont parle cet auteur. Véritables épisodes convulsifs par instants, simples vertiges à d'autres, ces phénomènes n'influencent plus aujourd'hui la marche d'une affection qui paraît fixée. C'est particulièrement d'ailleurs dans les formes lentes de la paralysie générale, ou au cours de rémissions spontanées, que ces crises épileptiques ont été le plus fréquemment signalées et Rist (1), en 1898, pouvait écrire : « L'aptitude à l'épilepsie paraît être en raison inverse des symptômes de démence paralytique ».

C'est le fait que nous observons par exemple dans le cas présenté par MM. Capgras et J. Reboul-Lachaux, que notre malade rejoint par plusieurs points (2).

En même temps que des crises d'épilepsie, se développe chez une malade un affaiblissement démentiel du type P. G. Accentuation progressive de la démence, puis « fixation » du tableau clinique, tandis que les crises comitiales se répétaient tous les deux mois environ. Au moment de la présentation de cette malade, en 1923, la formule liquidienne ressemblait à celles que l'on trouve si souvent aujourd'hui après malariathérapie : *Albumine : 0,35 ; Pandy + ; Leucocytes : 2 ; Bordet-Wassermann : mobile ; Benjoin subpositif,* tandis que, 4 ans plus tôt, la formule s'était révélée typique. Les auteurs rapprochaient de leur observation d'autres faits analogues observés par M. Mignot à Charenton (Joffroy et Mignot : *la Paralysie générale,* p. 135),

(1) Rist. — *Loc. citato.*

(2) Capgras et J. Reboul-Lachaux. — Paralysie générale épileptiforme prolongée. *Soc. Clin. de Méd. Mentale,* 1923, p. 103.

par M. Lhermitte (Encéphale, janvier 1921). M. Leroy rappelait aussi des cas identiques.

Mais cela se passait avant l'usage de la malariathérapie. Depuis, c'est à ce mode thérapeutique que certains auteurs ont cru devoir rapporter les crises comitiales observées chez les paralytiques généraux impaludés.

Ainsi pensent MM. Leroy et Médacowitch, quand ils écrivent (1) : « A la suite de la malariathérapie des Paralysies générales, peuvent exister, à côté des délires secondaires dont nous avons prouvé l'origine paludéenne, des séquelles motrices se manifestant sous la forme de crises convulsives. » Mais, à l'appui de cette opinion, ces auteurs n'ont apporté qu'une longue bibliographie sur le syndrome épileptique d'origine palustre.

Redlich (2) est un des rares auteurs qui ait formulé la même hypothèse. Frappé de voir apparaître, quelques temps après, la malaria, des attaques d'épilepsie chez des sujets ne présentant par ailleurs, aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel de cet ordre, Redlich s'est demandé si « ces phénomènes ne pourraient pas relever de l'infection malarique ».

Signalons enfin combien le cas de Guiraud (3) se rapproche du nôtre. Chez ce paralytique général aussi, les crises épileptiques se produisirent après guérison du paludisme thérapeutique et malgré une régression considérable des troubles mentaux.

La même évolution se note encore dans la troisième des observations que cite Abadie, dans son beau rapport sur les Epilepsies (4). Mais ici, les crises épileptiques aboutirent à un état de mal qui emporta le malade.

Précisons toutefois que, pour Abadie, bien que non assimilable aux crises convulsives de la paralysie générale évoluant spontanément, cette « épilepsie post-malariathérapique » pourrait être la traduction clinique de la transformation par la malariathérapie du processus diffus de méningo-encéphalite en un processus plus aigu de syphilis cérébrale de type tertiaire et n'être ainsi qu'une variété d'épilepsie syphilitique provoquée par le traitement.

(1) Leroy et Médacovitch. — Malaria larvée chez les paralytiques généraux et attaques épileptiformes. *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. II, p. 291.

(2) Redlich. — Sur la malaria larvée après traitement de la paralysie générale par impaludation, avec quelques considérations sur une relation possible entre l'épilepsie et la malaria. *Wernis Klinische Wochenschrift*, XXXVII, N° 6, p. 134.

(3) Guiraud. — Discussion : *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. II, p. 298.

(4) Abadie (Jean). — Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies. (XII[e] Réunion neurologique internationale, Paris, 1932. — in *Revue Neurologie*, 1932, t. I, p. 1142.

Disons aussi notre scepticisme à l'égard du rôle que pourraient avoir quelques accès de cette fièvre tierce bénigne, somme toute peu choquante et si facilement jugulée par la quinine, dans l'immense majorité des cas, tout au moins dans la production de crises d'épilepsie. Les crises convulsives, chez les paralytiques généraux malarisés en cours de période fébrile ne sont pas chose rare, alors que nous n'en avons jamais observé chez d'autres malades, maniaques, confus, déments précoces, auxquels le paludisme fut inoculé dans un but thérapeutique. Par contre, la notion de ces phénomènes convulsifs est classique chez le paralytique général, en dehors de tout traitement. Les seules lésions cortico-méningées qui caractérisent la maladie suffisent à les expliquer. Tout au plus, la malaria paraît-elle agir ici, en tant qu'adjuvant, sur un cerveau sensibilisé, par les troubles sympathico-vasculaires et humoraux encore mal connus qu'elle entraîne, à tel point qu'elle reste rigoureusement contre-indiquée dans les formes dites congestives de la paralysie générale. Son rôle serait, dès lors, comparable à celui de ces nombreuses pyrexies d'origine infectieuse, facteurs de convulsions chez le tout jeune enfant. Mais, pour admettre son action dans le déterminisme de crises très postérieures à la période fébrile, il faudrait, en dehors de l'hypothèse jusqu'ici invérifiée d'un paludisme latent, larvé, invoquer des séquelles anatomiques du parenchyme nerveux de nature paludéenne. Or, ces lésions n'ont été, jusqu'ici, décrites qu'à la suite du paludisme pernicieux. Aussi, la plupart de ceux qui s'accordent à admettre l'épilepsie malarique ne le font-ils qu'avec de grandes réserves, ne lui réservant que certaines formes de paludisme grave et la période aiguë de l'infection surtout. Tous les témoignages concordent, en outre, à reconnaître l'influence favorable de la quinine sur ces accidents convulsifs et l'arrêt des accès avec la guérison de la malaria. Les cas rebelles et ceux qui se poursuivent après l'épisode aigu, d'ailleurs exceptionnels, relèveraient de lésions anatomiques analogues à celles qu'a récemment décrites Bareau (1), dans le paludisme pernicieux. Citons, par exemple, l'opinion de M. Heuyer et celle de M. Porot. Pour M. Heuyer, on ne peut rattacher au paludisme les accès épileptiques survenant chez des paralytiques généraux après impaludation. Il est tout à fait exceptionnel de constater, chez les paludéens, ce syndrome qui, lorsqu'il apparaît chez les para-

(1) Bareau (J.-M.). — Les lésions anatomo-pathologiques de l'encéphale dans le paludisme pernicieux. (*Thèse Bordeaux*, 1931-1932).

lytiques généraux impaludés, est réfractaire à la quinine. L'épilepsie ne se voit que dans les accès pernicieux francs.

M. Porot (1) est aussi catégorique quand il écrit : « Dans cette symbiose morbide que représente le paralytique général impaludé, pour faire la part respective des deux syndromes en cause, syphilis et paludisme, il faut connaître, au préalable, ce dont chacun est capable, isolément. La syphilis a largement fait sa preuve d'une menace convulsivante étendue, non seulement à toute la période de la maladie, mais jusqu'à la descendance. Le danger du padulisme à cet égard nous paraît bien moindre, quoi qu'on en ait dit... En résumé, nous pensons qu'il peut y avoir, dans le paludisme aigu, des manifestations convulsives, mais qui ne survivent guère à la poussée aiguë qui les conditionne. Les seules épilepsies durables qu'il nous ait été donné d'observer étaient dues à des encéphalithies paludéennes de la première enfance. On ne saurait donc attribuer au paludisme un pouvoir épileptique spécial électif. Son rôle, dans le déterminisme des phénomènes convulsifs observés chez quelques paralytiques généraux impaludés, n'est probablement qu'un rôle de déclanchement, de déséquilibre humoral sur un terrain organique touché par la syphilis.

*
**

Outre cette concordance remarquable observée dans les opinions de très nombreux auteurs, d'autres constatations ont donc attiré notre attention :

1° L'analogie des phénomènes convulsifs présentés par notre malade, avec les accidents épileptiques déjà décrits chez les paralytiques généraux avant l'ère de la malariathérapie, accidents qui, comme l'a montré M. Marchand, se différencient nettement des ictus épileptiformes proprement dits.

2° La coexistence souvent marquée et, dans les deux cas, des accidents convulsifs, avec un processus rémissionnel (modification de la formule humorale, du fonds mental, etc...), observés jadis dans les rémissions spontanées ou les formes lentes de la paralysie générale, aujourd'hui dans les rémissions thérapeutique ou les paralysies générales fixées.

3° La non constatation de phénomènes convulsifs au cours de malariathérapies pratiquées en dehors de la paralysie générale.

(1) Porot (A.). — Paludisme et Epilepsie. (XII[e] Réunion neurologique internationale. — in *Revue Neurologique*, 1932, t. I, p. 1902.

4° L'apparition souvent tardive de ces phénomènes, alors qu'aucun symptôme ne permet plus d'incriminer le paludisme.

5° Leur résistance à la quinine signalée par nombre d'auteurs.

Pour ces diverses raisons, outre les réserves que nous avons faites tout à l'heure concernant le rôle attribué au paludisme dans la production d'accidents convulsifs au cours de la période thermique, nous serions tentés, en ce qui concerne les épilepsies tardives, d'en attribuer l'étiologie à des processus histologiques cicatriciels des lésions cortico-méningées plutôt qu'à des phénomènes de « tertiairisation » car il faut bien avouer que la médication anti-spécifique paraît avoir beaucoup moins de prise sur leur évolution qu'elle n'en a, dans la plupart des cas d'épilepsies syphilitiques tertiaires.

En résumé, nous pensons que la malariathérapie ne joue, dans la production des phénomènes convulsifs observés chez quelques paralytiques généraux impaludés, qu'un rôle de déclanchement sur un terrain particulièrement favorable.

Ce rôle nous paraît d'ailleurs se borner à la période de pyrexie proprement dite ; le déterminisme de ces accidents ne saurait ultérieurement lui être attribué.

Certains auteurs, avec J. Abadie, invoquent ici le processus de tertiairisation des lésions, mais, devant la ténacité de ces crises, en face de la thérapeutique antispécifique et à cause aussi de la fixation du tableau clinique, nous serions tentés de nous demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un processus cicatriciel cortico-méningé plus ou moins diffus, analogue, en quelque sorte, à celui que l'on trouve à la base de quelques épilepsies traumatiques tardives classiquement observées chez les commotionnés.

M. Marchand. — Je remercie les présentateurs d'avoir bien voulu rappeler mes travaux sur les rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale. Je peux apporter aujourd'hui quelques documents venant appuyer leur conclusion que l'infection par la malaria n'est pas une cause d'epilepsie chez les paralytiques généraux ainsi traités. Il s'agit d'une simple statistique que je viens d'établir d'après les paralytiques généraux de mon service qui ont été malariathérapisés. Sur 30 malades dont l'impaludation remonte à plus de trois ans et chez certains à plus de cinq ans, un seul a présenté des accès épileptiques. Or, dans l'observation de ce malade, il est noté qu'il avait présenté des attaques épileptiques dès le début de la paralysie générale bien avant d'avoir subi le traitement par la malaria. Ainsi, je peux

dire que sur trente paralytiques généraux chez lesquels la méningo-encéphalite a été arrêtée dans son évolution, aucun n'est devenu épileptique du fait même de l'impaludation.

M. H. CLAUDE. — Les cicatrices cérébrales sont une condition d'épilepsie. Une paralysie générale qui guérit peut laisser des cicatrices épileptogènes, quelle que soit la thérapeutique employée. Mais la malaria, elle, n'est pas épileptogène. Un paralytique eut une crise la veille du jour où on allait l'impaluder ; mais il avait eu jadis une hémiplégie. Cherchez dans le passé du sujet, vous trouverez une atteinte méningée ou cérébrale antérieure.

M. AUBRY. — En effet, je n'ai pas vu un seul paralytique convulsif, après malariathérapie, dans le passé duquel on ne découvre soit l'épilepsie, soit des signes de lésion de l'écorce ou de la base du cerveau.

Affaiblissement intellectuel consécutif à une intoxication oxycarbonée aiguë accidentelle chez une jeune fille, par M. A. COURTOIS et Mme Yv. ANDRÉ.

La question des troubles mentaux consécutifs à une intoxication oxycarbonée restant à l'ordre du jour nous nous permettons de rapporter l'observation suivante :

Il s'agit cette fois d'une jeune fille, alors que la plupart des observations publiées concernaient des sujets âgés ou arrivés au début de la sénilisation cérébrale ; aussi ce cas se rapproche-t-il plus d'une véritable expérience de laboratoire.

Mlle G... Maria, 24 ans, entre le 15 juillet 1933 au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle.

C'est une Bretonne, placée comme bonne à tout faire. Le père est mort de tuberculose pulmonaire, la mère de « suites de couches ». Elle a 8 frères et sœurs dont un est mort de méningite en bas âge et deux ont été tués à la guerre. Cinq autres sont actuellement bien portants.

Rien a signaler dans les antécédents personnels.

Débilité mentale légère probable. Pas de C. E. Depuis 5 ans à Paris, M. a occupé seulement deux places (3 ans et 2 ans). La malade a été victime, le 3 juin dernier, soit près d'un mois 1/2 avant l'entrée, d'une intoxication accidentelle aiguë par l'oxyde de carbone, due au mauvais fonctionnement d'un chauffe-bains. Elle resta 3 heures dans le coma et fut ranimée par la méthode habituelle des pompiers de Paris. Transportée à Beaujon, elle y séjourna un mois.

Pendant les 3 premières semaines, elle présentait un état confusionnel très marqué, ne reconnaissant même pas ses frères et sœurs. Après cette période, elle fut très agitée pendant 2 jours, frappant des pieds, des poings, dès qu'on l'approchait ; il fallut la maintenir. Puis elle devient plus calme et reconnaît peu à peu l'entourage. La famille constate alors qu'elle a de « l'amnésie ». Elle paraît en effet avoir perdu tout souvenir, n'enregistre aucun fait récent, oublie qu'elle vient de déjeuner, que sa sœur vient de la visiter... Comme elle est calme, une sœur la prend chez elle. Mais, bientôt, la malade présente des idées délirantes assez fixes, puis une agitation anxieuse qui nécessite l'hospitalisation dans le service.

On constate, outre une désorientation complète avec amnésie continue, des idées mégalomaniaques, — se dit riche à plusieurs millions qui lui viennent d'un héritage —, des idées de grossesse : annonce un matin à sa sœur qu'elle est enceinte de son beau-frère depuis le matin même et qu'elle sent l'enfant remuer. Ce thème restera immuable pendant plusieurs mois et ne finit par se dissiper qu'après l'apparition régulière et répétée des règles. Enfin, l'anxiété avec craintes de persécution persiste pendant les premières semaines du séjour. On lui en veut, on va l'arrêter parce qu'elle a accusé le curé de lui avoir volé 1.700 fr. Tous les siens sont tués, elle ne les verra plus, on la fera mourir aussi. Agitation anxieuse par intervalles, cris, appels au secours, essais de fuite, violences, refus d'aliments par peur d'empoisonnement. En outre, elle se plaint toujours de sentir une odeur de gaz et demande qu'on ferme les robinets.

Vers le début de septembre, soit 3 mois après l'accident, les idées délirantes et l'anxiété disparaissent. L'orientation devient meilleure, la malade retrouve maintenant son lit. Accepte de s'occuper un peu dans le service si on lui promet des fruits ; d'ailleurs, elle présente de la gloutonnerie et mange tout ce qu'elle peut voler dans les tables de nuit des voisines.

Il reste très difficile de l'examiner systématiquement en raison de l'indifférence ou de l'opposition et de la fatigabilité.

Le 10 octobre, il est devenu possible de pratiquer un examen psychotechnique. Le niveau mental est très bas, indiqué à « 7 ans 6 mois ». Q. I. : 47, soit le niveau de l'imbécillité. Au test de mémoire de Toulouse-Weinberg, les erreurs de reconnaissance sont si nombreuses que la courbe atteint la limite la plus basse au-dessous de laquelle le test est inutilisable. Aux temps de réaction, la fatigabilité s'avère très vite.

Ce qui domine actuellement, ce sont les troubles de la mémoire accompagnés d'une indifférence générale à l'entourage.

Les troubles mnésiques portent sur les faits récents, comme sur les faits anciens, qui, d'abord, paraissent mieux conservés.

Erreurs pour les dates importantes : la guerre a commencé le 14 juillet 1914 ; oubli des faits marquants de la guerre, ne peut indiquer, par exemple, les nations alliées, affirme même que l'Angleterre

n'a pas combattu avec nous. Elle sait le nom de l'actuel président de la République, mais dit que son prédécesseur fut M. Poincaré. Elle a oublié l'assassinat du Président Doumer, ne se rappelle pas que des aviateurs ont traversé l'Atlantique, et rit même de la question. Des notions scolaires élémentaires ont également disparu. Elle ne peut nommer les capitales des principaux pays d'Europe (Angleterre, Allemagne, Italie), ni indiquer les grands fleuves de France.

En ce qui concerne les faits récents, mêmes troubles mnésiques qu'elle essaie d'ailleurs parfois de cacher. Elle ne savait jamais la date du jour, lorsque plusieurs jours de suite, elle nous surprit en donnant à la visite la date exacte. Or, un matin, l'infirmière nous fit remarquer qu'elle découpait la date du journal et gardait toute la journée le papier caché dans sa main pour le consulter un peu avant l'interrogatoire.

Aux épreuves de reconnaissance, lorsqu'on lui présente à nouveau, mélangées à d'autres, les images qu'elle a vues quelques minutes avant, elle dit les reconnaître toutes pour être sûre de n'en pas manquer.

Elle oublie ce qu'elle a fait la veille, intervertit les jours de visites, affirme n'avoir pas vu sa famille, ne se rappelle pas avoir été plusieurs fois au laboratoire de psychologie.

Le calcul mental est très difficile, sachant la date actuelle et celle de la fin de la guerre, elle ne peut calculer la différence et répond : 10 ans. Cependant, elle compte correctement de 2 en 2 et de 3 en 3, même sans erreur de 20 à 0, mais elle ne peut dire à l'envers le mois de l'année, sautant d'habitude de juin à mars.

Fabulation pauvre : annonce cependant un jour que sa sœur vient d'accoucher et que son neveu s'appelle André.

L'attention est devenue assez bonne.

Par ailleurs, la malade ne s'intéresse à rien, elle reste au lit ou bien erre dans le couloir, va s'asseoir à côté de malades qui travaillent ou causent, mais n'essaie pas de les aider et ne prend jamais part à leur conversation. Elle réclame interminablement ses habits, disant vouloir sortir à toute heure du jour et de la nuit. Elle essaie même d'ouvrir la serrure avec des épingles. Mais, ses protestations sont surtout verbales et il lui arrive de sortir avec une infirmière hors du service sans manifester de velléité de fuite. Cette inertie générale, ce manque de spontanéité ne cessent que si les infirmières l'obligent à se lever ou l'engagent à travailler au ménage, par exemple. Elle présente alors des colères impulsives, menace l'entourage et frappe même si l'on insiste.

Les réflexes tendineux sont très exagérés aux quatre membres. On ne note pas d'hypertonie. A la face, le réflexe labial existe, le naso-palpébral est normal ; le palmo-mentonnier n'a pas été mis en évidence. Tremblement lingual et surtout digital. Pas de troubles pupillaires, fond d'œil normal.

L'état général est excellent. Le poids est passé de 48 kgr., à l'en-

trée, à 62 kgr. le 12 décembre. Les règles, supprimées en juin, reparurent le 19 juillet et furent peu abondantes en septembre et en octobre. Apyréxie. T.-A. : 11-7 (Pachon).

Les examens humoraux pratiqués à l'entrée donnent les résultats suivants :

Urines : normales. Sang : réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatives. Azotémie : 0,18. Examen hématologique : globules rouges : 4.260.000. Hémoglobine : 76. Valeur globulaire : 0,89. Globules blancs : 6.400. Formule leucocytaire : normale en dehors d'une légère éosinophilie (5). Liquide céphalo-rachidien : tension : 48-33. Albumine : 0,18. Globulines : 0. Leuco. : 1,6. Benjoin : 00000.02200.00000. Elixir parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

En résumé il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, débile légère mais indemne de troubles mentaux caractérisés, qui présente, après un coma de 3 heures dû à une intoxication oxycarbonée aiguë accidentelle, les troubles mentaux suivants : confusion mentale avec torpeur pendant 3 semaines, courte période d'excitation avec violences, puis idées délirantes mégalomaniaques et de grossesse ; agitation anxieuse avec crainte de persécution et de mort ; enfin troubles de la mémoire ; indifférence générale, impulsivité coléreuse paraissant marquer l'installation d'un affaiblissement définitif.

Nous ne reviendrons pas sur la question de savoir quel est le mécanisme intime des altérations cérébrales dans ces cas, s'il faut y voir comme le pensent en France, Balthazard et Desoille en particulier, la manifestation de la seule privation du cerveau en oxygène, ou s'il s'agit comme on le croit surtout en Allemagne et en Angleterre d'une action toxique de l'oxyde de carbone sur le tissu nerveux (1).

Nous ferons cependant remarquer à ce sujet que si la privation d'oxygène était seule en jeu, il devrait bien exister quelques cas cliniques où, l'asphyxie obtenue par un autre mécanisme que l'intoxication oxycarbonée, laisserait à sa suite des séquelles lointaines analogues. D'autre part, la théorie de l'anoxhémie expliquerait difficilement les cas de troubles mentaux aigus, et, surtout durables, de type démentiel, consécutifs à une intoxication oxycarbonée chronique. Enfin l'électivité des lésions sur le système pallidal dans de nombreux cas, comme au point de vue clinique la grande fréquence de l'amnésie comparable à celle que

(1) Voir la thèse très documentée de Desoille : *Les troubles mentaux dus aux asphyxies aiguës.* Le François, 1932.

réalise un autre toxique, l'alcool, dans la psychose de Korsakoff, sont également des faits curieux. Et l'on ne peut s'empêcher d'évoquer l'analogie de l'action élective d'autres toxiques sur le névraxe. Ainsi, les barbituriques avec leurs phénomènes post-comateux si particuliers, troubles visuels, diplopie, hallucinations qu'on a pu ranger parmi les faits d'hallucinose pédonculaire (Lhermitte, Van Bogaert, Trelles). Comme si certaines régions ou certains systèmes du cerveau présentaient une fragilité particulière à des toxiques comme aussi par ailleurs à des toxines diverses.

Sans doute une expérimentation, délicate en raison de difficultés techniques et de la nécessité de se rapprocher autant que possible des conditions réalisées dans la pathologie humaine, pourrait apporter quelque lumière. Et encore persisterait un obstacle à l'interprétation : la différence d'organisation du névraxe des animaux et de l'homme et peut-être des différences de sensibilité électives des groupes cellulaires ou de systèmes en apparence homologues.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, pour ce qui concerne seulement l'évolution clinique de ces intoxications oxycarbonées aiguës on peut distinguer 4 types évolutifs principaux :

1° Mort rapide sans reprise de connaissance.

2° Sortie du coma, guérison apparente, retour pendant 8 à 10 jours à un état mental normal puis confusion secondaire avec ou sans phénomène neurologique (catatonie, hémiplégie...). Après Greidenberg, nous avons observé deux cas de ce type évolutif. Desoille en signale plusieurs dans sa thèse (1). Dans un de ces cas, M. Marchand a trouvé des lésions cérébrales inflammatoires indiscutables.

3° Guérison plus ou moins rapide avec ou sans troubles confusionnels immédiatement consécutifs au coma, surtout quand l'intoxication fut courte et peu intense.

4° Guérison physique mais persistance plus ou moins prolongée de troubles mentaux où dominent l'affaiblissement intellectuel. Ces séquelles mentales peuvent être incurables. L'observation actuelle rentre dans ce quatrième groupe de faits et l'on peut craindre 6 mois après l'intoxication aiguë la persistance d'un affaiblissement intellectuel définitif.

Enfin il faut faire une place à part aux intoxications oxycarbonées chroniques graves, qui passent si fréquemment inaperçues.

(1) Ces cas sont difficilement explicables par la théorie du simple manque passager d'oxygène.

Elles peuvent provoquer même après plusieurs années des troubles mentaux surtout de type dépressif ou réaliser rapidement un état démentiel comme MM. G. Heuyer et Dublineau (1) en ont récemment rapporté un exemple remarquable chez un enfant.

Migraine ophtalmique avec hallucinose, crises oculo-céphalogyres et comitiales, par Mme Yv. ANDRÉ et M. J. O. TRELLES.

L'existence de troubles vasculaire à la base de l'épilepsie et de la migraine ophtalmique explique les parentés de ces phénomènes et leur association ou co-existence chez un même malade. Le cas que nous avons l'honneur de vous présenter associe à ces troubles d'autres moins fréquents que nous croyons de même origine, réalisant un tableau clinique dont l'intérêt semble évident.

Mlle Reine L., âgée de 23 ans, vient consulter pour des crises comitiales, le 14 février 1933, à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Rien à signaler dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, jusqu'à l'âge de 13 ans, si ce n'est, au cours de l'enfance, des céphalées violentes, accompagnées souvent d'élévation de température.

Vers 13 ans, apparition de crises de migraine ophtalmique avec hémianopsie gauche, accompagnées de ce que la malade appelle le « phénomène des yeux » et la « vision ». Au cours de la crise, alors qu'elle fixe machinalement un objet (plus particulièrement s'il comporte des lignes parallèles), des points noirs sautent devant ses yeux. Puis une hallucination, toujours la même, apparaît sur la gauche. Elle voit une grosse femme qui a la main levée sur son enfant. L'enfant est perçu avec une grande netteté. C'est une petite fille, brune, « crépue comme une créole », qui joue du tambour. La malade n'entend aucun son. Pendant la vision, elle nous signale une rotation irrésistible de la tête et une déviation douloureuse des yeux vers la gauche, suivie d'amblyopie totale pendant quelques instants.

La crise ne s'accompagne pas d'anxiété, mais elle est suivie de céphalées et de vomissements. Elle est, soit complète comme nous l'avons décrite, soit limitée à une déviation de la tête et des yeux vers la gauche.

Très fréquentes au début (plusieurs dans la journée), les crises s'espacent de plus en plus pour ne plus apparaître qu'à des inter-

(1) Etat démentiel chez un enfant, consécutif à une intoxication oxycarbonée chronique. Soc. Méd.-Psych., 13 juillet 1933, *Annales*, p. 223.

valles très éloignés, diminuées également d'intensité et presque toujours incomplètes.

La malade est réglée à 14 ans. A 15 ans : première crise comitiale attribuée d'ailleurs à un traumatisme de la région temporale. Deuxième crise à 17 ans ; à partir de cette époque, une crise tous les mois en rapport avec les règles. Ces crises sont toujours nocturnes, avec miction et morsure parfois très profonde de la langue.

Au moment de la première consultation, l'état général est passable. La malade se plaint à nous de troubles de la mémoire et d'asthénie.

L'examen neurologique montre : des réflexes tendineux vifs. Pas de troubles de la force segmentaire, ni de la marche, pas de Romberg, une légère instabilité vers la droite dans le Romberg sensibilisé. Epreuve de l'index : erreurs légères à gauche dans le plan horizontal.

Liquide céphalo-rachidien : normal.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn : négatifs. Formule leucocytaire normale.

Globules rouges : 3.580.000.

Examen oculaire (Dr Lagarde) : fond d'œil normal. Motilité intrinsèque et extrinsèque normale.

Examen labyrinthique (Dr Labarraque) : épreuve de l'eau froide, hypoexcitabilité nette à droite, hyperexcitabilité légère à gauche.

Poumons : image radioscopique normale.

Cœur : rétrécissement mitral. T.-A. : 11-6 au Pachon, indice 2.

Nous avons prescrit à cette malade du gardénal à la dose de 0,15 par jour et nous avons pu obtenir qu'elle le prenne régulièrement. Après une série de 10 injections de sulfarsénol (0,12), nous lui avons fait chaque semaine une injection intra-veineuse de 1 gr. de chlorure de calcium.

Depuis le mois d'avril, la malade n'a plus présenté une seule crise comitiale, et les crises oculo-céphalogyres se sont extrêmement raréfiées et ont perdu toute intensité.

En résumé, il s'agit d'une malade qui a présenté à 13 ans des crises de migraine ophtalmique avec hémianopsie gauche, hallucinose dans le champ aveugle et déviation oculo-céphalogyre vers la gauche. A 15 ans, après l'installation des règles, apparition de crises comitiales nettes, toujours nocturnes, devenues avec le temps cataméniales. Point à signaler : dès que l'épilepsie s'est installée, la migraine ophtalmique a progressivement disparu ; seules les crises oculo-céphalogyres ont persisté, plus rares et moins intenses.

Cette obesrvation nous paraît intéressante par plusieurs points :

Notons tout d'abord que l'association de la migraine ophtalmique hallucinosique avec des crises oculo-céphalogyres et la

possibilité de leur apparition isolées permet de les analyser. L'hallucinose est celle que l'on observe fréquemment dans l'hémianopsie ; nous voulons dire qu'elle occupe le champ aveugle, et qu'elle est toujours la même. Malgré l'analyse fouillée du psychisme de la malade, il ne semble pas y avoir de symbolisme psychanalytique évident. Il est pourtant vraisemblable que cette hallucinose se déroule dans le champ perceptif interne puisqu'elle ne s'extériorise que par suppression du champ perceptif externe. Signalons, en outre, que ce phénomène, dont la nature pathologique s'imposait à la malade, n'entraînait aucune réaction affective.

Les crises de déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche sont plus courtes que celles que l'on observe fréquemment dans l'encéphalite épidémique. Elles ne déclanchent pas, non plus, les réactions d'anxiété si frappantes dans l'encéphalite. Nous ne pensons pas que l'hallucinose soit produite par la crise oculo-céphalogyre parce qu'elles peuvent exister dissociées. D'ailleurs, les hallucinations visuelles que l'on observe dans les crises oculogyres, sur lesquels insistait récemment Van Bogaert, ont des caractères très différents.

La nature comitiale des crises nocturnes ne saurait faire de doute. Signalons ici que, sauf une déficience mnésique légère, la malade n'a pas le psychisme de l'épileptique. Remarquons enfin l'influence favorable du traitement qui ne peut que confirmer le diagnostic.

Mais le point sur lequel nous voudrions insister c'est le mécanisme pathogénique de ces troubles. L'hémianopsie, l'hallucinose, aussi bien que les crises céphalogyres, peuvent être localisées à une zone du cortex cérébral : la zone occipitale — ceci d'accord avec les données expérimentales classiques et celles de l'expérience neuro-chirurgicale chez l'homme. On ne peut pas savoir si les crises comitiales sont précédées, comme il est vraisemblable, d'une aura visuelle, puisqu'elles se produisent toujours pendant le sommeil.

Par élimination, il apparaît que, seul un trouble vasculaire peut expliquer à la fois les crises de migraine ophtalmique avec hémianopsie, coexistant ou non avec les crises oculo-céphalogyres et les crises comitiales. Ce trouble vasculaire, d'origine végétative, est localisé à un territoire artériel dans lequel existe probablement un état particulier, véritable épine irritative.

M. Marchand. — Les auras épileptiques consistant en un accès migraineux avec scotome scintillant hémianopsique accompagné

de déviation de la tête et des yeux ne sont pas rares. Ce qui est exceptionnel, ce sont les phénomènes hallucinatoires présentant les caractères de l'hallucinose venant s'associer au scotome scintillant. Il s'agit dans le cas actuel de visions de personnages qui agissent, qui font des gestes et cet état hallucinatoire indique une large participation corticale au processus qui dans la sphère visuelle déclanche l'accès.

A cette forme consciente d'accident épileptique a succédé plus tard la forme convulsive classique avec perte de conscience. Enfin, sous l'influence du traitement, la malade n'a plus présenté ensuite que des accidents conscients consistant en une déviation de la tête et des yeux sans hallucinose. J'estime que ces diverses manifestations sont de même nature comitiale et qu'il n'y a entre elles qu'une différence d'intensité. Ainsi, il est intéressant de noter chez la même malade cette succession d'accidents épileptiques tantôt conscients, tantôt inconscients. Je soigne depuis longtemps une jeune fille qui, atteinte d'abord d'épilepsie convulsive classique avec perte de conscience, ne présente plus maintenant, sous l'influence du traitement, que des accès caractérisés par un cri initial avec déviation conjuguée de la tête et des yeux, d'une durée de quelques secondes à une demi-minute. La malade garde une conscience complète durant toute la durée de la crise, comme j'ai pu m'en assurer plusieurs fois au moyen de nombreux tests.

Delirium tremens. Pneumonie. Méningite encéphalo-spinale purulente à pneumocoques secondaire, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.

Les associations morbides au niveau de l'encéphale ne sont pas rares. C'est ainsi que l'on connaît des cas de méningites tuberculeuses ou de méningites aiguës à staphylocoques, à pneumocoques, à pneumo-bacille de Friedlander, survenant chez des paralytiques généraux (1).

On a décrit aussi des méningites tuberculo-méningococciques et tuberculo-pneumococciques (2).

Par ailleurs, le délirium tremens peut être déclanché par une méningite aiguë dont les symptômes restent alors plus ou moins masqués par ceux de l'encéphalite aiguë alcoolique.

(1) Indications bibliographiques in : Méningite aiguë pneumococcique terminale chez un paralytique général. L. MARCHAND et A. COURTOIS, Soc. Méd.-Psych., 8 déc. 1932, *Annales*, p. 627.

(2) Ch. ACHARD et A. HOROWITZ, *Soc. Méd. Hôpitaux*, 9 juin 1931, p. 25.

L'observation que nous désirons présenter est différente de ces cas puisqu'il s'agit d'un sujet qui peu de jours après la fin d'un accès de delirium tremens est atteint d'une pneumonie qui se complique d'une méningite à pneumocoques ainsi que le révèle l'examen anatomique.

D. Georges, 54 ans, pâtissier, entre à l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle le 5 mai 1930. C'est un alcoolique chronique buvant depuis des années plusieurs litres de vin par jour ; il consomme très peu d'apéritifs. A signaler comme antécédent qu'il a, pendant la guerre, été blessé superficiellement d'une balle à la tête, mais il put être soigné sur le front et son état ne motiva pas l'évacuation.

Les accidents qui motivent l'entrée remontent à deux jours environ. Insomnie, cauchemars, agitation.

A l'entrée : *délirium tremens*. Confusion hallucinatoire : il voit des hommes, des bêtes, se défend quand on approche. Dans sa chambre, l'agitation est continue. Il soutient les murs, pousse la porte, frappe aux carreaux. Tremblement généralisé, sueurs, alimentation difficile et exclusivement liquide.

Les réflexes tendineux sont vifs, pas de signes pupillaires. Œdème malléolaire. Température 38°7.

Le même état persiste le 6 mai. Température 38°3. Le 7, au matin, le malade s'endort et reste calme à partir de ce moment.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie : 1 gr. 54 le 6 mai. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,25 ; Pandy et Weichbrodt négatifs ; leuco. : 2 ; benjoin : 00000.02220.00000 ; parégorique : 00-0 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs (6 mai). Les urines sont foncées et contiennent beaucoup d'urobiline et 11 gr. 30 de sucre (7 mai).

Cependant, par la suite, le malade reste abattu, il ne se lève guère, se tenant debout difficilement ; l'obnubilation persiste avec désorientation et quelques fausses reconnaissances. Mais ce qui domine est un état de grande fatigue, presque de torpeur pendant 3 jours encore. La température dépasse 39°5 le 8 et le 9 mai, pour s'abaisser à 38°7 le 10, puis à 37°8 le 11 et le 12 ; cet état fébrile paraît en rapport avec une congestion pulmonaire droite légère.

Le malade se lève prématurément le 13 mai. Mais à partir du 14, reprise de la fièvre (39°2), puis 40° le lendemain. L'état général est alors très altéré.

Pourtant, le sujet reste indifférent, ne se plaint de rien, affirme ne pas souffrir ; en particulier, il n'accuse pas de céphalées. L'obnubilation reparaît, somnolence presque continue. Pas de signes méningés signalés. Condensation de tout le lobe supérieur du poumon droit. Expectoration purulente sans bacilles de Koch. On pose le diagnostic de pneumonie du sommet. Urines foncées sans albumine, ni pus, ni cylindres, ni microbes.

Même état grave du 14 au 17. Le soir de ce jour, la température baisse à 37°4, puis 37°3 le 18 au matin, mais le même soir, la fièvre reparaît : 39°4 et présente de grandes oscillations (36°5 à 40°) le 19 et le 20 mai.

On constate alors, au milieu d'une torpeur de plus en plus profonde, les signes d'une hémiplégie droite avec hypotonie des membres et réflexe cutané plantaire en extension. Sueurs, crises de tremblement généralisé. Coma court. Décès le 21 mai. Température terminale 42°.

En résumé, au point de vue clinique, la succession des phénomènes est la suivante : delirium tremens court, bien qu'assez grave, avec température à 38°7 et azotémie dépassant 1 gramme chez un alcoolique chronique arrivé à un état de déchéance organique avancée. Cependant, après le sommeil qui marque la fin de l'accès, la confusion, l'onirisme et l'agitation disparaissent. A ce moment, le liquide céphalo-rachidien est trouvé normal.

Après un court épisode fébrile en rapport avec une congestion pulmonaire légère, tout paraît rentrer dans l'ordre, mais le 9e jour après l'entrée et le 7e après la fin de l'accès délirant alcoolique, des signes de pneumonie du sommet se manifestent, accompagnés de fièvre et d'obnubilation ; cinq jours plus tard, la température prend le type hectique, la torpeur devient plus profonde, une hémiplégie droite se constitue et le malade meurt huit jours après le début de la pneumonie.

Autopsie. — *Examen macroscopique.* — *Encéphale :* à l'extraction de l'encéphale, la pie-mère apparaît recouverte de pus, épais, jaunâtre, crémeux, aussi bien à la face convexe des hémisphères qu'à la base de l'encéphale, elle est très épaissie, surtout au niveau des lobes frontaux. Aucune lésion localisée. Le liquide céphalo-rachidien qui s'échappe des ventricules latéraux a un aspect purulent. Pas d'athérome des artères de la base. Pas de granulations sur le plancher du 4e ventricule.

L'hémisphère droit pèse 570 grammes, le gauche 580 grammes, le cervelet et le bulbe 160 grammes.

Organes. — *Foie :* 2.080 gr. Coloration jaunâtre, aspect graisseux, dur à la coupe. *Reins :* pas de lésion macroscopique, le droit pèse 350 gr., le gauche, 400 gr. *Cœur :* 500 gr. Pas de lésion. *Poumons :* pneumonie du sommet droit, le poumon droit pèse 1.100 gr., le gauche, 700 gr. *Rate :* 250 gr. Consistance ferme.

Examen histologique. — *Système nerveux.* — *Méninges :* infiltration de la pie-mère par les polynucléaires qui forment une couche épaisse. Présence de quelques cellules mononuclées. Pneumocoques extra-

cellulaires, se présentant sous la forme de diplocoques, lancéolés, encapsulés, prenant le Gramm.

Cortex cérébral : dans la couche moléculaire, prolifération des cellules névrogliques et microgliques. Quelques globules de pus dans les espaces périvasculaires au voisinage de la pie-mère. Pas de réactions vasculaires dans les autres couches.

Nombreuses cellules pyramidales pigmentées ; corps cellulaires prenant un aspect granuleux, mal coloré. Noyaux excentriques avec pycnose.

Pas de réaction vasculaire dans la région sous-corticale.

Noyau caudé : pas de lésion de l'épithélium ventriculaire. Légère infiltration périvasculaire portant sur certains vaisseaux situés dans la région sous-épendymaire.

Cervelet : même infiltration purulente de la pie-mère que dans le cerveau. Lésions des cellules de Purkinje qui prennent mal les colorants.

Pédoncule : méningite purulente pédonculaire. Pas d'autres lésions.

Bulbe : méningite purulente péribulbaire. Altérations profondes des cellules des olives.

Moelle : lésions très accusées de certaines cellules des cornes antérieures. Atrophie, pigmentation, effritement des corpuscules de Nissl. Disparition des prolongements protoplasmiques. A côté de ces cellules on en trouve d'autres qui présentent un aspect à peu près normal. Les lésions sont plus accusées à la région cervicale qu'à la région lombaire. A noter que la pie-mère est infiltrée de polynucléaires indiquant l'extension de la méningite aiguë à tout le névraxe.

Organes. — Le *foie* est atteint d'hépatite scléro-graisseuse : grandes traînées fibreuses partant des espaces-portes et infiltrées de cellules lymphoplasmocytaires. Les travées de cellules hépatiques sont également dissociées par le tissu conjonctif. Un grand nombre de cellules sont atteintes de dégénérescence graisseuse et se présentent sous forme de grosses vésicules. Les cellules situées sur les travées scléreuses sont hypertrophiées. Atrophie de nombreuses cellules des autres régions des lobules.

Reins : sclérose diffuse aussi bien péri-glomérulaire que péri-tubulaire. Par places le tissu conjonctif est infiltré de cellules embryonnaires, quelques glomérules sont fibreux. Dégénérescence granuleuse de nombreuses cellules épithéliales des tubes contournés.

Rate : corpuscules de Malpighi peu nets, mais tout l'ensemble de l'organe est envahi par des traînées d'éléments lymphoïdes, par de nombreux polynucléaires et des macrophages contenus dans les cordons de Billroth. Quelques tractus fibreux.

La méningite purulente dont était atteint ce sujet fut une trouvaille d'autopsie. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une méningite encéphalo-spinale à pneumocoques. Nous employons à dessein le terme « encéphalo-spinale » car, quelle

que soit la région du névraxe examinée (cerveau, cervelet, pédoncules, bulbe, moelle), la pie-mère se présente infiltrée par l'exsudat inflammatoire et recouverte d'une couche épaisse de pus. Il s'agit d'une méningite métastatique secondaire à une pneumonie.

Dans ce cas, comme nous avons déjà signalé le fait, les lésions inflammatoires restent presque exclusivement localisées à la lepto-méninge ; ce n'est que dans les régions voisines de la pie-mère que l'on peut noter, par places seulement, une propagation de l'inflammation méningée au tissu nerveux.

Cliniquement, il est intéressant de constater la forme atypique qu'a revêtue cette méningite aiguë chez un alcoolique chronique dont le cerveau venait d'être particulièrement altéré au cours d'un accès de delirium tremens, processus qui a pu favoriser la localisation du pneumocoque sur les méninges. Cette méningite s'est traduite par une température à grandes oscillations, une torpeur profonde et une hémiplégie droite. Les symptômes méningés classiques faisaient défaut. Seule, une nouvelle ponction lombaire aurait pu nous mettre sur la voie du diagnostic.

Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple ou confusionnelle traités par les sels d'or associés à la pyrétothérapie par l'huile soufrée, par MM. H. CLAUDE et J. DUBLINEAU.

Rappel des faits antérieurs. — Dans une note publiée au 1er Congrès français de thérapeutique, nous avons, avec M. Ey (1), rapporté les résultats obtenus chez neuf malades atteintes de syndromes divers, à type confusionnel, hébéphréno-catatonique ou schizophrénique, et traitées par les sels d'or associés à la pyrétothérapie soufrée. Par la suite, nos résultats se sont confirmés, et ont fait l'objet d'un article qui paraîtra prochainement, avec le résumé des observations. Sur les 9 cas traités, quatre malades sont sorties en rémission complète. Une cinquième s'est notablement améliorée. Dans le sixième cas, il y eut une amélioration transitoire, qui ne persista pas. Trois autres essais ont abouti à des échecs.

Des quatre malades en rémission, la première, âgée de 27 ans, est sortie il y a sept mois et a repris ses occupations d'employée

(1) CLAUDE (H.), EY (H.) et DUBLINEAU (J.). — Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie dans le traitement de certaines démences précoces. *4e Congrès de thérapeutique.* Paris, Doin, 1933.
Id., Ibid., Avenir Médical, 1933, XXX, 308-309.
Id., Ibid., Gaz. des Hôpitaux, 1934 (à paraître).

de bureau. Elle présentait un état de dissociation schizophrénique d'apparition récente. Dix ans plus tôt elle avait fait un épisode délirant transitoire. Mais le pronostic de son état actuel avait paru suffisamment sombre pour autoriser la vente de son mobilier. L'autre, âgée de 26 ans, présentait un état de dépression catatonique, ayant débuté quelques mois plus tôt par un syndrome d'action extérieure. Sortie depuis 6 mois, elle est en apparence normale, mais a gardé une hyperémotivité marquée.

Le troisième cas concerne une jeune femme de 25 ans, ayant eu deux petits épisodes délirants antérieurs de un et cinq jours à 18 et 21 ans. A son entrée, elle se présentait comme une hébéphrénique typique (impulsivité, cris, hostilité, opposition). Elle est sortie apparemment normale après 6 mois de séjour environ.

Le quatrième cas est celui d'une jeune fille de 22 ans, tuberculeuse, traitée depuis plusieurs années, et qui, considérée comme guérie vers septembre 1932, présenta, à partir de janvier 1933, un épisode fébrile, avec céphalée, photophobie, amaigrissement, puis des troubles du comportement et, en juin, un épisode confusionnel avec excitation, confusion, idées délirantes de grandeur, donnant l'impression d'un état maniaque atypique. Traitée de juillet à septembre, elle s'améliora au point de vue psychique, mais présenta, en même temps qu'un abcès de la fesse, une poussée évolutive avec bacilles abondants dans les crachats, — fonte musculaire, mauvais état général. Finalement, la poussée s'atténua progressivement, les bacilles disparurent, en un mois la malade avait repris 11 kilogr. ; elle sortait en novembre, apparemment en très bon état à tous points de vue.

La rémission est moins complète chez notre cinquième malade. Celle-ci, Mlle L..., âgée de 16 ans, est encore dans le service pour hébéphrénie avec inémotivité, indifférence, opposition. Le début, progressif, remontait à plusieurs mois. Dans le service, L... présenta des alternances de calme et d'agitation. Traitée du 25 avril au 23 juillet par 8 accès fébriles par sulfosine et 12 injections d'allochrysine à 0,05 centigrammes, elle s'améliora à partir de juin. En août, se manifesta un accès d'agitation transitoire à type maniaque, suivi d'indifférence et d'obtusion. En septembre, l'amélioration reparut. Les réponses devinrent adéquates et pertinentes. L'activité revint, mais avec persistance d'une réduction sensible de l'élan vital.

Dans tous ces cas, le traitement fut conduit de la façon suivante :

1° Injections intramusculaires profondes d'huile soufrée (sulfosine). On commence par 1 cc. On augmente de 1 cc. chaque

fois, la nouvelle injection étant effectuée quand est terminé le précédent accès fébrile. Le rythme est d'environ une injection tous les quatre à six jours. On ne dépasse pas 10 cc. Le nombre d'injections a varié entre 7 et 13.

2° Injections *intercalaires,* au décours ou à la fin de l'accès, de sels d'or en solution aqueuse (allochrysine aux doses de 0,05, 0,10, 0,20 centigrammes) ou en suspension huileuse (solganal B.). Les doses totales furent variables (de 0,35 à 0,85 centigrammes par l'allochrysine, de 0 gr.,83 à 1 gr., 734 pour le solganal B.).

*
**

Observations. — De notre première série, nous avons retiré l'impression que les résultats étaient dans une certains mesure, fonction de la précocité de mise en œuvre du traitement. Seuls ont réagi favorablement les cas remontant à moins d'un an. Ici, deux objections se présentent, tirées, l'une de l'incertitude du diagnostic à cette date, l'autre de la fréquence des rémissions spontanées au début de la démence précoce, la malade évoluant par véritables poussées évolutives et laissant dans l'intervalle, au moins dans la majorité des cas, un déficit psychique plus ou moins important. Seuls des tests permettraient dans une certaine mesure de fixer ce déficit. Dans le premier des 5 cas précédents, nous avons procédé à cette recherche à l'aide de tests préconisés pour la paralysie générale par l'un de nous et Masquin. Les réponses furent satisfaisantes et directes, exclusives en particulier de cette imprécision, à laquelle Heuyer et Le Guillant attachent de l'importance dans leur travail récent.

Nous ne nous dissimulons donc pas la difficulté qu'il y a à tirer des conclusions précises de nos faits. Poursuivant nos recherches dans ce sens, nous apportons les résultats obtenus chez deux jeunes filles de 17 et 20 ans, en utilisant, outre l'huile soufrée, deux sels d'or différents : la crisalbine (voie intraveineuse), l'aurothioglycolate de calcium (myoral) par voie intramusculaire.

Observation I. — Mlle L., 17 ans, entre le 19 juillet 1933 pour « idées délirantes sans systématisation, avec automatisme mental, « impulsions verbales, propos décousus, attitude hostile, rires sans « motif, attitude d'indifférence, réponses à côté par intervalles » (Dr G. Robin).

Certificat immédiat (22 juillet) : « Syndrome hébéphrénique avec opposition, semi-mutisme, troubles du cours de la pensée, désaccord familial. » (Dr Ey).

Certificat de quinzaine : « Hébéphrénie, opposition, semi-mutisme. Début brusque il y a un mois et demi. Conflits familiaux multiples. Père bacillaire. » (Dr Masquin).

Antécédents héréditaires. — Père : 43 ans, suivi par l'Office d'Hygiène sociale pour la tuberculose pulmonaire incipiens. Aurait eu des bacille de Koch dans les crachats. Inscrit en vue d'un départ en sanatorium.

Mère : morte à 34 ans, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte à 5 mois (méningite ?), une sœur de 15 ans et demi, un frère de 11 ans, bien portants.

Antécédents personnels : premier développement normal. Ecole primaire. Certificat d'études à 13 ans. Réglée normalement entre 12 et 13 ans. Depuis sa formation, migraines assez fréquentes. Travail normal comme ouvrière manutentionnaire.

Caractère. — Habituellement renfermé, hostile et coléreux.

Situation familiale. — L'enfant a souffert depuis son enfance, dans son milieu (perte de la mère à 9 ans ; concubinage du père : disputes incessantes avec départs et rentrées au domicile ; remariage récent du père avec sa maîtresse, elle-même mère de famille. Accroissement de la mésentente. Départ des enfants du père chez les grands-parents.

Histoire de la maladie. — Vers la mi-juin 1933, excitation. Le 21 juin, début des troubles, brusquement. Petit excès de vin à l'atelier à l'occasion du mariage d'une ouvrière. Le soir, en rentrant, l'excitation continue. Se dit « saoûle ». Dans la nuit, gaîté anormale, chantonne. Le lendemain matin, vomissements. Part à son travail, l'incohérence de ses propos la fait ramener chez elle. L'excitation passe par des stades variables. Reste à ne rien faire. Rit aux éclats sans motif. Cherche dispute. Impulsions par moments, d'où l'admission à Lariboisière, puis l'internement.

Dans le service. — Réponses hostiles et brèves. Bouderie. Silence. Réticences. Absurdités par intervalles ; l'idéation paraît suspendue par moments. Hébétude : paraît hallucinée, puis revient à la réalité et fronce les sourcils. Brusques incohérences. Opposition. Impulsions violentes.

Dans les premières semaines, état stationnaire. Impulsivité dominante sur un fonds de dépression et de bouderie morbides : L. ne veut pas voir sa famille, insulte ceux qui viennent la voir. On n'ose plus lui rendre visite.

Examen somatique. — Pilosité dorsale prononcée. Pâleur. Etat physique passable. Respiration un peu rude avec submatité à la partie moyenne du poumon droit. T.A. : 12-7.

Examen biologique. — Poids : à l'entrée : 44 kg. 200. Règles normales.

Examen radiologique. — Champs pulmonaires clairs. Traînées hilaires très foncées sur le cliché.

Le 23 août, cuti et intradermo-réaction à la tuberculine positive.

Réaction de Vernes à la Résorcine.

Traitement. — 11 injections de sulfosine et 1 gr. 80 de crisalbine (injection intraveineuse).

Dates	Produits	Doses	Incidents
18 Septembre.....	Sulfosine	1 cc.	
21 —	Crisalbine	0 gr. 05	
22 —	Sulfosine	2 cc.	
25 —	Crisalbine	0 gr. 05	
27 —	Sulfosine	3 cc.	
2 Octobre.....	Crisalbine	0 gr. 10	
3 —	Sulfosine	4 cc.	
6 —	Crisalbine	0 gr. 15	
9 —	Sulfosine	5 cc.	
11 —	Crisalbine	0 gr. 15	
13 —	Sulfosine	6 cc.	
16 —	Crisalbine	0 gr. 15	
19 —	Sulfosine	7 cc.	Réaction moyenne au niveau de la fesse.
21 —	Crisalbine	0 gr. 15	
26 —	Sulfosine	8 cc.	Grosse réaction locale (rougeur).
30 —	Crisalbine	0 gr. 20	
1er Novembre...	Sulfosine	9 cc.	Gros empâtement local le lendemain.
3 —	Crisalbine	0 gr. 20	
8 —	Sulfosine	10 cc.	Douleur et tension locale le lendemain.
13 —	Crisalbine	0 gr. 20	
16 —	Sulfosine	10 cc.	Douleur et gros empâtement locaux le lendemain et les jours suivants.
21 —	Crisalbine	0 gr. 20	
28 —	Crisalbine	0 gr. 20	

Résultats physiques et biologiques. — Traitement bien supporté au début, puis, à partir de la 8e injection d'huile soufrée, réactions locales avec tuméfaction et rougeur à l'endroit des piqûres.

La réaction de Vernes donne, en degrés photométriques, avec la résorcine : 79 le 19 octobre ; 102 le 13 novembre ; 28 le 2 décembre.

Le poids passe de 44 kg. 200 en août, à 46,700 le 1er novembre et 47 kg. 200 le 2 décembre.

Les règles ont été interrompues en octobre par le traitement ; elles ont reparu fin novembre.

Résultats psychiques. — Vers le début de novembre, l'état mental se modifie. L'impulsivité diminue. Persistent une tristesse et une réserve boudeuse avec regard fuyant.

Le 10 novembre, on note : « Parle peu, mais n'a plus un comportement anormal. Est seulement un peu triste. Se plaint du traitement, douloureux. Dit qu'elle voit souffrir son frère, sa sœur et son père avec plaisir. Au point de vue psychique, lenteur des réponses, mais, néanmoins, réponses adaptées. Ton un peu traînant : ce qui me préoccupe c'est de partir le plus tôt possible. N'exprime pas sa satisfaction d'être en voie d'amélioration. »

Le 28 novembre : « Toujours peu loquace... D'abord présente un certain mutisme, puis se familiarise et rit volontiers, sans raison d'ailleurs. »

Actuellement, L. est douce et calme. La transformation s'est surtout manifestée à l'égard de sa famille, qu'elle réclame et reçoit avec plaisir. S'inquiète quand on ne vient pas la voir. L'impulsivité a complètement disparu. Elle travaille, mais garde l'humeur renfermée qui n'est d'ailleurs que son comportement antérieur.

Le 13 décembre, L. est examinée au moyen des tests d'adulte utilisés dans le service. Toutes les réponses sont satisfaisantes, en particulier celles qui font appel au raisonnement et au jugement.

La sortie est envisagée pour une date prochaine.

Au total, schizoïdie, aggravée par les circonstances familiales. Antécédents héréditaires de tuberculose. Terrain personnel suspect à ce point de vue. Début brusque, précédé d'une longue période de migraines, et peut-être favorisé par un petit excès de boisson. Présentation maniaque au début, rapidement modifiée, avec prédominance ultérieure d'impulsivité, hostilité, épisodes hallucinatoires. Dépression ultérieure. Traitement mixte (sulfosine, crisalbine). Disparition de l'impulsivité, puis des troubles du caractère et de l'hostilité familiale. Entrée actuellement dans une phase de rémission. Persistance de bouderie légère. Niveau mental antérieur apparemment normal. Tests satisfaisants au moment de la présentation.

Obs. II. — Mlle Z., 20 ans, entre le 7 octobre 1933 pour « excitation puérile, agitation, sourires, chants. Insultes. Tendances au maniérisme. Refus total d'alimentation. Gâtisme. Fond de débilité mentale. Tendance ancienne à l'isolement. Evolution vers l'hébéphrénie à craindre » (Dr d'Heucqueville).

Certificat immédiat (10 octobre) : « Etat d'excitation avec loquacité sans suite et turbulence. Refus d'aliments. Insomnie. Voix cassée. Température : 38°5 ce matin. Quelques contusions. » (Dr Simon).

Certificat de quinzaine (23 octobre) : « Excitation psychique avec cris, gémissements, idées polymorphes à teinte hypocondriaque et à caractère puéril. Débilité mentale. Dissentiments familiaux. Chétivité. Mauvais état général. Evolution possible vers l'hébéphrénie. » (Prof. Claude).

Antécédents héréditaires. — Mère morte hémiplégique à 42 ans. Père : 52 ans, polyscléreux et azotémique. Une arrière-grand'mère paternelle internée est morte à l'asile.

Antécédents collatéraux. — Une sœur un peu arriérée. Un frère mort à 3 ans de méningite.

Antécédents personnels. — Née à terme. Premier développement normal. Ecole primaire. Apprenait mal. Pas de C.E.P. Réglée vers 13 ans, normalement.

Travaille comme apprentie modiste pendant 4 à 5 ans. Difficulté d'adaptation. Depuis deux ans avait dû faire plusieurs places. Travaillait néanmoins jusqu'à la semaine qui précéda les troubles.

Vie sexuelle précoce. Premiers rapports à 12 ans avec un jeune cousin (violée ?). D'après le père, avait une existence normale à Paris, mais assez déréglée quand elle était loin de sa famille.

Pas de tuberculose connue dans la famille.

Métrosalpingite ancienne, traitée à Saint-Louis.

Caractère renfermé : ne fréquentait personne. Pas d'amies. Fixation assez active au père.

Situation familiale. — Tendue. Remariage du père, il y a un an, avec une femme elle-même mère de 6 enfants. Jalousie de Z. à l'égard des filles de sa belle-mère. Conflits fréquents.

Histoire de la maladie. — Dans les premiers jours d'octobre, début par alternance de rires et de larmes, excitation, taquineries. Un jour, se met à pleurer, puis à pousser des cris perçants, ameutant les voisins. Admise aussitôt à l'hôpital, elle y devient en proie à une confusion intense et finalement internée.

Dans le service. — Persistance d'un état confusionnel, avec légère persévération des attitudes. Désorientation. Incohérence. Réponses imprécises ou inadéquates.

Examen somatique. — Teint pâle. Pas de signes neurologiques. Poids à l'entrée : 32 kgr.

Règles normales en octobre.

Examens biologiques. — Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Liquide normal. Urée sanguine : 0,87 le 13 octobre (à l'entrée), mais baisse rapide.

Examen radiologique. — Très léger voile au niveau des sommets qui s'éclairent bien à la toux. Champ pulmonaire droit à peine moins clair que le gauche. Au niveau du hile, quelques nodules calcifiés. Sinus normaux.

Gonoréaction négative.

Cutiréaction à la tuberculose, négative.

Intradermoréaction à la tuberculine positive.

Intradermo à l'ultra-virus : positive.

Réaction de Vernes à la résorçine : non faite à l'entrée.

Traitement. — Traitée au début par salicylate de soude et uroformine, sans résultat. Z. est soumise, le 27 octobre, au traitement sulfochrysothérapique avec une suspension huileuse d'aurothioglycolate de calcium, en injections intramusculaires (myoral).

Les injections se succèdent au rythme suivant :

Dates	Produits	Doses	Incidents
27 Octobre.....	Sulfosine	1 cc.	Tendances syncopales le lendemain de la piqûre.
30 —	Myoral	1 cc.	
1er Novembre...	Sulfosine	2 cc.	
3 — ...	Myoral	1 cc.	
6 — ...	Sulfosine	3 cc.	
9 — ...	Myoral	1 cc.	
10 — ...	Sulfosine	4 cc.	Tension à l'endroit de la piqûre.
12 — ...	Myoral	1 cc.	
13 — ...	Sulfosine	5 cc.	Douleur et empâtement local. Tendances syncopales le lendemain de la piqûre.
15 — ...	Myoral	1 cc.	
16 — ...	Sulfosine	6 cc.	Douleur et empâtement.
18 — ...	Myoral	1 cc.	
20 — ...	Sulfosine	8 cc.	Vertiges le lendemain de la piqûre.
23 — ...	Myoral	2 cc.	
24 — ...	Sulfosine	9 cc.	Réaction locale importante.
27 — ...	Myoral	2 cc.	
29 — ...	Sulfosine	10 cc.	Réaction locale importante.
1er Décembre....	Myoral	2 cc.	
4 —	Sulfosine	10 cc.	Début de syncope le lendemain. Importante réaction locale.
6 —	Myoral	3 cc.	

Résultats physiques et biologiques. — Grosse sensation de fatigue physique à la fin du traitement. Celui-ci est douloureux dans l'ensemble.

La réaction de Vernes (résorçine) s'élève à 157 le 23 novembre, soit après la 8e injection pyrétogène.

Le poids passe de 32 kgr. (à l'entrée) à 33 kgr. le 29 octobre, 34 kgr. au début de novembre, 35 kgr. le 5 décembre.

Les règles ont été interrompues depuis l'entrée de la malade et n'ont pas encore reparu.

Résultats psychiques. — Le 6 novembre, on note : tendance à la catatonie. Désorientée, confuse. Indifférence. Pas d'hallucinations apparentes. Attitude plutôt geignarde.

Le 9 novembre : malade plus calme. Disparition du gâtisme depuis quelques jours. Propos toujours incohérents. Alimentation normale.

Les jours suivants : amélioration progressive.

Le 5 décembre : malade calme. Conversation suivie. Effort pour être aimable avec l'interlocuteur. Donne des renseignements sur ses occupations antérieures, sa salpingite. Affectivité normale à l'égard du père.

Actuellement : calme, commence à se lever. Véritable convalescence à la fois physique et psychique.

Néanmoins, les réponses aux tests sont très insuffisantes. L'appréciation du déficit est difficile à chiffrer en raison de la débilité mentale antérieure qui ressort des antécédents de la malade.

Au total, schizoïdie aggravée par les circonstances familiales. Etat d'excitation apparu brusquement après une courte phase de nervosité et de préoccupations hypocondriaques. Confusion avec éléments de la série hébéphrénocatatonique. Réduction parallèle au traitement. Reprise de poids. Débilité mentale antérieure.

Commentaires. — Ces deux observations ne sauraient être considérées comme démonstratives en soi. L'amélioration remonte à trop peu de temps pour pouvoir être posée en fait. Par ailleurs, le début des deux états a été rapide, et, l'allure aiguë de chacun d'eux (surtout du second) pouvait évoquer la possibilité d'une rapide récupération spontanée. Bien entendu, nous ne parlons pas du diagnostic qui, lui aussi, peut prêter à discussion, étant donné que l'élément fondamental de ce dernier, à savoir l'évolution, manque pour la certitude.

Nous ne croyons pas inutile cependant d'apporter ces deux cas. Leur valeur s'accroît, si on les additionne à ceux antérieurement publiés par nous, dans lesquels le recul est plus important, et la récupération plus parfaite.

Surtout, ils constituent un argument important en faveur d'un traitement rapide intensif (fatigant même pour le malade), à l'aide d'une association intime chimio et pyrétothérapique dans les états confusionnels qui doivent, comme dans ces deux cas, faire craindre une évolution plus accusée vers la démence précoce (schizoïdie antérieure, atypicité du tableau, appoint hallucinatoire, réduction émotionnelle d'emblée marquée ; impulsivité, etc...). Ce tableau, une fois complété, l'action des traitements devient beaucoup plus difficile. La démence précoce ne fait en cela que suggérer les mêmes remarques que la paralysie générale, où les résultats sont d'autant meilleurs que plus précoces les traitements.

Certes, entre les deux sortes d'état persiste une différence capi-

tale, l'étiologie de la démence précoce demeurant encore mystérieuse.

Ici encore, nos cas ne prétendent pas apporter d'éléments à un problème si discuté par ailleurs. On remarquera cependant l'importance du terrain bacillaire dans le premier d'entre eux. Dans le second, au contraire, rien ne permet de mettre la tuberculose en évidence. On pourrait objecter que si, par conséquent, la chrysothérapie se justifiait dans le premier cas, aucun fait ne l'autorisait dans le second.

En fait, l'or n'agit pas seulement à titre de spécifique. Son action est beaucoup plus variée (et complexe). Les chimistes ont montré qu'il se fixait volontiers (quoiqu'en fort petites quantités) dans le cerveau. Par ailleurs, on connaît son action polyvalente dans les cas de rhumatisme chronique, dont l'étiologie cependant n'est pas seulement tuberculeuse.

Nous ajouterons que des prélèvements de sang et du liquide céphalo-rachidien ont été pratiqués dans les deux cas par le Dr Coste. Les animaux inoculés sont maintenant en cours d'observation. Rappelons que dans les cas antérieurement publiés par nous, seuls deux des cinq en rémission ou améliorés ont été examinés à ce point de vue. L'un (cas IV) donnait un résultat positif avec le sang, l'autre (cas V) un résultat positif avec le sang et le liquide céphalo-rachidien. Néanmoins, ces faits sont trop peu nombreux, et encore trop fragiles pour que nous nous gardions de les interpréter au point de vue étiologique.

Au point de vue hématologique, les numérations globulaires mettent en évidence :

1° Une leucocytose d'intensité variable qui s'est élevée à 11.000 éléments chez la première malade, à 25.000 chez la seconde.

2° Chez la première de ces malades est apparue une éosinophilie légère (3 éléments) dans les premières semaines du traitement.

Pour terminer, nous signalerons l'importance des réactions locales ou générales à la sulfosine chez nos deux malades. Ces réactions sont inconstantes. Elles nous ont semblé se manifester avec plus de fréquence dans les formes à évolution favorable. Dans ces formes également, le degré photométrique de la réaction à la résorcine paraît plus important au cours du traitement que dans les formes à pronostic médiocre (1).

(1) Nous remercions le Docteur Vernes, dont l'obligeance nous a permis de suivre nos malades au point de vue des réactions photométriques à l'Institut prophylactique de la rue d'Assas.

Il est remarquable que dans aucun de nos onze cas, nous n'ayons jamais observé de signes d'intolérance aux sels d'or. Ces faits sont à retenir. Peut-être permettront-ils une thérapeutique plus énergique à l'avenir.

Conclusions. — Nous apportons les observations de deux jeunes malades atteintes d'un syndrome d'allure hébéphrénique à début récent, chez lesquelles une pyrétothérapie soufrée associée à l'or en injections intra-veineuses (crisalbine) ou intra-musculaire (myoral) a coïncidé avec une amélioration de l'état mental et général. Ces cas s'ajoutent à d'autres, antérieurement publiés. L'action de l'or serait peut-être spécifique dans les cas où une étiologie tuberculeuse pourrait être mise en évidence. Jusqu'à plus ample informé, il n'est pas illogique d'admettre que l'effet de l'association pyrétochimiothérapique est d'ordre plus général. Ainsi s'expliquerait l'observation de résultats favorables, même dans les cas où la tuberculose n'a pas été démontrée cliniquement, quoique l'attention soit fixée actuellement sur les formes larvées de cette maladie, dont le virus est encore à l'étude.

M. Paul Abély. — Les sels d'or sont-ils des anti-infectieux banaux ou des spécifiques de la tuberculose ? La démence précoce est traitée par diverses associations suivant les auteurs : lait soufré et bismuth en Italie ; lait soufré et allergine ailleurs ; soufre et stovarsol par Perrens à Bordeaux.

M. Xavier Abély. — Mon expérience personnelle n'a pas été couronnée de succès ni avec les sels d'or ni avec le vaccin de Friedmann qu'on prône en Allemagne et que j'ai essayé sur une dizaine de sujets.

M. Schiff. — J'ai écouté avec d'autant plus de respectueuse attention le Professeur Claude, dans l'exposé de ses importants essais thérapeutiques avec Dublineau, que, de mon côté, je poursuis des recherches de cet ordre, basées également sur le rôle du virus tuberculeux dans la pathogénie de la démence précoce.

J'ai pensé utiliser à des fins thérapeutiques l'extrait acétonique préparé au Laboratoire de la Tuberculose par M. Nègre et qui nous avait déjà servi à transformer plus rapidement en forme visible l'ultra-virus rachidien des déments précoces. Il m'avait paru à la fois logique et licite d'essayer d'obtenir chez

ces malades une sorte d'abcès de fixation, d'affaiblir si possible l'imprégnation toxinienne diffuse du cerveau par une localisation extra-cérébrale du virus. La méthode m'a paru logique, car elle vise à utiliser l'antagonisme qui se manifeste dans la démence précoce entre la forme visible et la forme invisible du virus tuberculeux, les phases de la rémission de la maladie mentale coïncidant souvent, comme MM. Claude et Baruk y ont encore dernièrement insisté, avec des manifestations de tuberculose viscérale. La méthode m'a paru licite également, car loin de surajouter, comme la malariathérapie par exemple, une infection nouvelle à la maladie à traiter, elle est sans action là où la tuberculose n'est pas en cause, elle tend seulement à transformer, si possible, une maladie incurable et encore mystérieuse, la démence précoce, en un processus mieux connu (une tuberculose cutanée ou péritonéale, par exemple), et contre lequel nous posséderions des armes thérapeutiques nombreuses et efficaces.

Cette tentative a été menée, depuis un an, avec une prudence extrême, qui s'est montrée même exagérée, et sous un contrôle clinique et biologique sévère. C'est par des doses correspondant au millième de la dose activante du cobaye que nous avons commencé. Nos recherches permettent de dire, comme on pouvait s'y attendre, que l'organisme des déments précoces supporte sans réactions notables des doses très supérieures aux doses utilisées chez l'animal. Chez deux malades présentant des signes typiques et graves de démence précoce, j'ai observé une transformation psychique importante, survenue sans incidents.

M. H. Claude. — Les sels d'or sont des anti-infectieux. Ils agissent surtout contre les ultra virus de la tuberculose et du rhumatisme et se fixent sur le tissu cérébral.

La valeur du vaccin de Friedmann que je n'ai pas expérimenté moi-même est vivement contestée en Allemagne même.

Le but visé par M. Schiff de transformer une tuberculose à lésion invisible en une tuberculose à lésion visible peut mener à de dangereuses conséquences, même s'il y a une amélioration mentale. J'ai vu, avec M. H. Baruk, un hébéphrénique à tuberculose sans lésion évidente sortir guéri mentalement, mais mourir peu après d'une méningite tuberculeuse grossièrement visible à la ponction et à l'autopsie.

La nature infectieuse de certains syndromes de démence précoce que j'affirmais timidement en 1908 est donc reconnue maintenant un peu partout, puisqu'on préconise contre eux la thérapeutique anti-infectieuse.

M. René CHARPENTIER. — Il y a une différence entre une pyrétothérapie dont le médecin reste maître et une thérapeutique qui, au nom d'une hypothèse, vise à déterminer chez le malade une localisation tuberculeuse dont on ignore à l'avance le siège et la gravité et dont il existe un certain nombre de chances qu'on ne puisse maîtriser l'évolution.

Toxines urinaires et catatonine de De Jong. Pouvoir neutralisant du sérum humain. Dissociation « in vivo » par le choc de la combinaison toxine-antitoxine, par M. J. TINEL et M. et Mme Marcel ECK.

La belle communication faite à la Société Médico-Psychologique, le 27 février 1933, par le Professeur de Jong, a été le point de départ de nos recherches.

Elle nous a apporté en effet la démonstration complète de la présence dans l'urine humaine de substances possédant, avec une extrême toxicité, une affinité vraiment spéciale pour les centres nerveux.

Il y a bien des années déjà que nous étions convaincus de l'origine autotoxique d'un grand nombre de psychoses. Nous avions cherché, sans grand succès du reste, à déceler ces principes toxiques dans le sérum humain ; les injections intracardiaques ou intracarotidiennes de sérum de mélancoliques ou de maniaques ne nous avaient donné que des résultats inconstants et incertains. Aussi tentions-nous de rechercher dans les urines ces substances toxiques, sans avoir pu encore mettre au point une méthode d'extraction, lorsque les études de de Jong et de ses collaborateurs sont venues nous apporter à la fois la méthode et la démonstration.

Il devenait alors légitime de supposer — à titre d'hypothèse — que les substances toxiques révélées dans l'urine humaine, et si hautement aggressives pour le système nerveux, jouaient peut-être un rôle important dans la provocation de diverses psychoses et d'autres troubles nerveux d'ordre auto-toxique.

Mais pour admettre déjà cette hypothèse comme possible, bien des problèmes restaient encore à résoudre. Le plus important était peut-être de savoir pourquoi ces toxines, existant chez tous les sujets, bien portants ou malades, ne se fixaient sur les centres nerveux que dans certains cas ou à certains moments. Il fallait aussi se demander quelles influences et quelles conditions pouvaient être provocatrices de leur efficacité pathogène.

Sans apporter naturellement de réponse complète à d'aussi vastes problèmes, les études que nous avons entreprises permettent cependant d'entrevoir dans quel sens peut vraisemblablement s'orienter leur solution.

1° *Existence constante de toxines urinaires neurotropes.* — En modifiant quelque peu la technique indiquée par de Jong, suivant les précieux conseils de M. Fabre, professeur à l'Ecole de Pharmacie, nous avons pu réaliser l'extraction régulière de ces toxines urinaires.

On les obtient facilement, par extraction benzolique, des urines acidifiées par l'acide tartrique, en évitant le chauffage au dessus de 60°, et surtout en se mettant autant que possible à l'abri de l'air ; car ces toxines sont en partie détruites au dessus de 60° et s'altèrent rapidement par oxydation.

Ainsi traitées, les urines de *tous les sujets* contiennent, de façon constante, toute une série de substances hypertoxiques, qui se trouvent sans doute associées en proportions assez variables dans le résidu benzolique.

Leur injection au cobaye, et surtout au rat blanc, très sensible, provoque, pour des doses véritablement minimes, un état que l'on peut, avec de Jong, appeler *catatonie,* mais qui semble en réalité constitué aussi par de la stupeur et parfois même une véritable paralysie ou de la tétanisation des extrémités.

L'injection de quelques centigrammes, dose correspondant en moyenne à un quart de litre d'urines du *réveil,* suffit en général à provoquer chez le cobaye cet état de stupeur catatonique qui persiste pendant plusieurs heures et qui dans quelques cas met vingt-quatre ou trente-six heures à se dissiper complètement.

Pendant l'état d'intoxication le cobaye reste immobile, avec persévération catatonique des attitudes imposées, demeurant, par exemple, en position dorsale ou en équilibre en porte-à-faux sur le rebord d'une table.

Absence de réponse à toute excitation, mais conservation du réflexe cornéen, conservation des réflexes tendineux. Refus d'alimentation.

Il s'y ajoute souvent une parésie du train postérieur avec un peu de raideur et quelques secousses tétaniques des pattes antérieures.

Pas de modifications respiratoires ou cardiaques.

Naturellement, une difficulté expérimentale provient de ce que toutes les urines ne contiennent pas la même dose ; celles de la

nuit sont de beaucoup les plus riches et leur teneur même est assez variable selon les sujets ; mais d'autre part aussi les animaux ne présentent pas tous la même sensibilité.

Néanmoins, avec quelques tâtonnements et en réunissant plusieurs extraits, on arrive à constituer une provision de toxine assez uniforme pour permettre une expérimentation relativement précise ; mais il faut l'employer assez fraîche car, telle que nous l'avons obtenue jusqu'ici, elle semble perdre peu à peu sa toxicité par le vieillissement.

Quant à la nature de cette toxine, tout ce que nous pouvons savoir encore, c'est que c'est un lipoïde, et qu'elle ne présente pas les caractères habituels aux alcaloïdes ou aux ptomaïnes. Elle s'extrait en effet plus complètement en milieu acide qu'alcalin et se détruit au dessus de 60° ou 65°. Si l'on peut la comparer, et par ses caractères physico-chimiques et par son affinité pour les centres nerveux, à quelque toxine connue, c'est de la toxine tétanique qu'elle semble se rapprocher le plus ; même résidu brun, amorphe par évaporation du benzol ; même thermolabilité au dessus de 65° ; même facilité d'oxydation et d'atténuation par exposition à l'air.

La toxine obtenue par procédé d'extraction nous a paru beaucoup plus active que celle qu'obtient de Jong ; car l'unité toxique est, selon ses recherches, d'un à deux litres d'urines, pour le cobaye, tandis que nous obtenons des résultats semblables avec 1/4 de litre environ. Peut-être même ne s'agit-il pas exactement de la même toxine ; car l'extrait benzolique de de Jong, préparé en milieu alcalin, à chaud et à l'air libre, présenterait plutôt les caractères des alcaloïdes.

En tous cas, les réactions présentées par les animaux injectés sont sensiblement les mêmes. Et toutes nos recherches apportent une entière conformation aux travaux de de Jong, sur l'existence dans l'urine humaine de principes toxiques très actifs et doués d'une véritable affinité spécifique pour les centres nerveux.

2° *Pouvoir neutralisant du sérum humain.* — Le second point de notre étude nous paraît aussi important que le premier.

Si toutes les urines humaines contiennent ces principes toxiques, *tous les sérums humains possèdent vis-à-vis de ces toxines un remarquable pouvoir neutralisant.*

Il suffit d'émulsionner la toxine dans deux ou trois centimètres cubes de sérum humain pour pouvoir l'injecter, sans qu'aucune réaction ne se manifeste chez l'animal.

A doses insuffisantes, le sérum humain possède déjà un pouvoir manifeste de ralentissement et d'affaiblissement des accidents nerveux.

Le sérum de cheval ne semble pas présenter les mêmes propriétés neutralisantes ou antitoxiques. L'émulsion de la toxine dans ce sérum ne nous a pas paru en modifier sensiblement l'action.

Le sérum humain possède également un pouvoir préventif. Les cobayes préparés par l'injection pendant 3 jours consécutifs de 2, 6 et 8 cc. ont subi sans inconvénient, le 4e jour, l'injection d'une toxine très active.

Un cobaye même, ayant reçu la veille 2 cc. de sérum humain, a pu être injecté sans apparition d'aucun trouble nerveux.

Evidemment, nous ne savons pas encore exactement à quoi correspond cette action neutralisante du sérum. Appartient-elle aux lipoïdes ou aux albuminoïdes du sérum ? Est-elle en rapport avec l'activité leucocytaire ou avec quelque autre propriété du sang ?

Est-elle même toujours identique chez un même sujet ? Varie-t-elle selon les individus ? Manque-t-elle même dans certains cas pathologiques ?

C'est toute une série de problèmes auxquels il va falloir maintenant s'attaquer.

En tous cas, l'existence de ce pouvoir neutralisant du sérum nous manifeste certainement un des moyens par lesquels l'organisme se défend et se protège contre ces toxines circulantes jusqu'au moment où il s'en débarrasse par l'émonctoire urinaire.

3° *Dissociation* in vivo *par le choc du complexe toxine-antitoxine.* — L'association du sérum et de la toxine, rendue ainsi inoffensive, n'apparaît pas, d'ailleurs, comme possédant une stabilité absolue. Elle paraît même assez facilement réversible, et la dissociation du complexe ainsi formé doit pouvoir, dans certaines conditions, se produire dans l'organisme ; la toxine primitive se trouve alors momentanément remise en liberté et peut se fixer ainsi sur les centres nerveux.

Nous avons pu réaliser cette dissociation par le *choc peptonique :*

Un cobaye reçoit une injection de toxine (1/2 litre) émulsionnée dans 3 cc. de sérum. Il ne présente aucun accident, tandis que le témoin injecté par de la toxine pure, réalise, au bout de 5 minutes, une pro-

fonde stupeur catatonique. Au bout de 25 minutes, l'animal, toujours indemne d'accidents nerveux, subit un *choc peptonique* violent (par injection intracardiaque de 0,30 cgr. de peptone pour un cobaye de 750 gr.).

Après les accidents habituels du choc, très intenses dans ce sens, au moment où l'animal se remet, au bout de 3 ou 4 minutes, on le voit rouler sur le dos et présenter le même état de stupeur catatonique que le témoin, pendant un temps sensiblement égal (plusieurs heures).

Nous avons donc eu, sous l'influence du bouleversement humoral réalisé par le choc peptonique, une dissociation du complexe inoffensif, avec libération de la toxine et fixation immédiate sur les centres nerveux.

Nous vous apportons seulement ici les résultats du choc peptonique, mais il est certain que bien d'autres formes de choc et bien d'autres modes de bouleversement humoral doivent donner des résultats identiques.

Les recherches que nous faisons en ce moment avec Stewart sur la dissociation *in vivo* d'une crypto-toxine à la strychnine préparée suivant la technique de Vincent, nous montrent en effet des réactions analogues obtenues également par le choc peptonique, le choc sérique, la réfrigération et l'asphyxie.

Il est donc probable que toute rupture de l'équilibre humoral est susceptible de détruire ainsi momentanément dans le sang, divers complexes de stabilité imparfaite en remettant en liberté des substances toxiques provisoirement neutralisées.

C'est la démonstration expérimentale du phénomène de libération toxique par les chocs, sur lequel nous avions, au point de vue clinique, attiré l'attention avec Santenoise, à la Société de Psychiatrie, le 31 mai 1926.

Voici donc, Messieurs, l'état actuel de nos recherches. Si incomplètes qu'elles soient encore, il nous a paru intéressant de vous les exposer dès à présent, comme indication des voies directrices vers lesquelles elles nous engagent logiquement.

Nous avons pu réaliser devant vous les phénomènes annoncés :

— l'état de stupeur-catatonique provoqué par l'injection au cobaye de certaines toxines urinaires ;

— la neutralisation de ces toxines par le sérum humain injecté simultanément ;

— l'action protectrice exercée par une injection préalable de sérum humain ;

— la dissociation chez l'animal du complexe injecté, se produisant sous l'influence du choc peptonique.

Vous avez pu vous rendre compte de la constance de ces phénomènes, et de l'activité remarquable de ces toxines urinaires benzo-solubles.

Il existe évidemment bien d'autres déchets toxiques urinaires, possédant une affinité plus ou moins élective pour le système nerveux. On se rappelle les premières recherches de Bouchard sur la toxicité urinaire et la distinction entre les urines de la nuit, convulsivantes, et celles du jour, paralysantes. Il existe dans l'urine des ptomaïnes, des alcaloïdes, des dérivés d'hormones glandulaires ; on connaît une uro-hypertensine et une uro-hypotensine ; on y a pu caractériser la choline, la guadinine, la leuciŋe et la tyrosine, etc., etc. Toutes ces substances possèdent une affinité plus ou moins élective pour le système nerveux. Mais parmi tous ces déchets, les toxines benzo-solubles, extraites par de Jong et par nous, semblent tout particulièrement capables, de par leur nature lipoïdique, de par leur constance chez tous les sujets et de par leur haute toxicité pour les centres nerveux, de jouer un rôle important parmi les facteurs toxiques d'un certain nombre de maladies mentales.

Il n'est pas sans intérêt à ce point de vue de constater, d'après la statistique même de de Jong, que c'est justement dans les maladies mentales, chez les mélancoliques, les catatoniques, les confus et les déments précoces que les urines étaient les moins riches en produits toxiques, comme si ces substances avaient été fixées et retenues sur les centres nerveux.

Mais s'il s'agit de toxines banales, existant chez tous les sujets, on doit se demander comment elles peuvent traverser l'organisme et s'éliminer, sans que se soit produite leur fixation pathogène. C'est ici que peut intervenir le pouvoir neutralisant du sérum, réalisant avec la toxine un complexe inoffensif qui permet son transport jusqu'aux émonctoires...

Mais qu'il y ait surproduction ou rétention de toxines, ou bien que vienne à diminuer ou à disparaître l'action neutralisante des humeurs, et l'on pourra sans doute assister à la fixation sur les centres nerveux des déchets toxiques en circulation.

Parmi les causes de faillite momentanée de cette fonction de défense, le choc, à quelque catégorie qu'il appartienne, semble, cliniquement, se placer au premier rang. Et nous voyons en effet, comme nous le faisaient prévoir, en 1926, les observations cliniques, que sous l'influence *hémoclasiante* d'un choc, on peut

voir se dissocier le complexe, on peut assister à la libération brutale de la toxine circulante et à sa fixation immédiate sur les centres nerveux.

Voici donc à quelles hypothèses nous amène l'observation de ces faits expérimentaux. Leur application à la clinique humaine exigera sans doute encore bien des vérifications et d'études complémentaires ; mais nous avons tenu à vous présenter aujourd'hui les premières ébauches de ces recherches, en raison des solutions qu'elles laissent entrevoir à un certain nombre de problèmes pathogéniques posés par l'observation des maladies mentales.

M. Baruk. — Quels résultats obtient-on avec d'autres animaux ?

M. Tinel. — Les rats blancs sont peut-être plus sensibles que le cobaye, mais ils sont plus petits, plus agiles, moins maniables. — Je n'ai jamais, avec les cobayes, atteint une catatonie véritable, mais de la stupeur, accompagnée de convulsions ou de paralysies.

M. Baruk. — En somme, comme dans mes expériences personnelles, et dans celles de M. de Jong, on a, soit de la catatonie vraie avec conservation des attitudes et négativisme, soit de la stupeur purement passive, suivant le degré de toxicité de la dose injectée.

Syndrome de Parkinson post-encéphalitique ; destruction du locus niger (*Présentation de pièces histologiques*), par MM. L. Marchand et H. Pichard. (*Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle*).

A l'heure actuelle, il est classique de rapporter le parkinsonisme post-encéphalitique à des lésions du corps strié et surtout du *locus niger,* lésions à type d'atrophie dégénérative des cellules nerveuses.

Dans l'observation que nous rapportons ici, il s'agit d'une lésion très différente ; elle est beaucoup plus accentuée puisqu'il s'agit d'une destruction à peu près complète du *locus niger* et il n'y a pas, à notre connaissance, de faits semblables, actuellement rapportés. Ces lésions, par ailleurs, se trouvent réalisées à la fois par un processus vasculaire inflammatoire et une atteinte dégénérative des cellules nerveuses.

Il nous a paru également intéressant de noter les particularités cliniques capables d'individualiser ce cas :

M. F., Auguste, âgé de 44 ans, est entré à l'hôpital Henri-Rousselle le 13 août 1930 et est décédé quelques jours après, le 17 août, de congestion pulmonaire.

Durant ce court séjour, nous avons pu cependant relever les éléments essentiels de l'observation.

La série des signes neurologiques est au complet. Atteint de parkinsonisme très accentué, notre malade se présente comme un grand infirme, un véritable impotent.

Deux faits dominent le tableau clinique : l'importance de la rigidité d'une part, du tremblement d'autre part.

La rigidité et l'hypertonie sont généralisées à tout le corps, et si considérables qu'elles soudent en quelque sorte le sujet. L'attitude du corps et des membres est en demi-flexion, la démarche est extrêmement difficile et le malade est obligé de rester alité. Au membre supérieur, le phénomène de la roue dentée est très marqué et la décontraction se fait en saccades brusques.

Le tremblement est également très intense. Continu et persistant dans les mouvements intentionnels, il est étendu à tout le corps. L'alimentation spontanée même est difficile.

Tous les autres éléments du syndrome sont constatés, le faciès inexpressif, la parole lente et monotone, la perte des mouvements automatiques et associés, l'asynergie. Les réflexes tendineux sont vifs.

L'état mental est caractérisé par une bradypsychie intense, qui s'accompagne de troubles de l'humeur et du caractère, à type explosif ; enfin, le rythme somnique est inversé : somnolence dans la journée avec insomnie nocturne.

L'état général est profondément touché : cachexie, avec atrophie des membres et amaigrissement considérable.

C'est dans ces conditions que, deux jours après son entrée, se déclare un foyer de congestion pulmonaire gauche avec hyperthermie à 39°8, état toxique grave d'emblée, qui amène la mort dans l'adynamie, le 17 août.

Un point intéressant encore à signaler, c'est la rapidité de l'évolution. L'épisode primitif, à type d'encéphalite épidémique aiguë est banal et remonte à une dizaine d'années. La rigidité et le tremblement sont apparus précocement et se sont accentués progressivement. Non traité au début, le malade a d'ailleurs été assez irrégulièrement suivi par la suite.

En résumé, la clinique met en évidence deux faits intéressants :

1° Il s'agit d'une forme où prédominent la rigidité et le tremblement.

2° Un facteur évolutif à évolution rapide et progressif, sans aucune tendance à la régression ou à la fixation.

Et voici en regard le compte rendu de l'autopsie et l'examen histologique :

Système nerveux. — Rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte cranienne. On note de petites granulations blanchâtres, au niveau de la pie-mère de la région frontale droite. Ventricule gauche très dilaté. Pas de granulations du IVe ventricule. Pas d'athérome. Macroscopiquement, à l'endroit du locus niger, on ne constate aucune pigmentation.

L'hémisphère droit pèse 600 gr., le gauche : 610 gr. ; le cervelet et le bulbe : 160 gr.

Organes. — *Poumons :* Quelques adhérences pleurales du côté droit. Congestion aux deux bases, plus prononcée du côté gauche. Le poumon droit pèse 660 gr., le gauche : 710 gr.

Cœur : 400 gr. Léger athérome aortique.

Foie : 1.550 gr. Congestion.

Reins : le droit pèse 200 gr., le gauche est du même poids. Aucune lésion.

Rate : 90 gr.

Examen histologique. — *Système nerveux : Cerveau :* Epaississements pie-mériens sans aucune infiltration vasculaire.

Dans le cortex cérébral, les cellules pyramidales ne sont pas diminuées de nombre et elles ont conservé une apparence normale. Pas de prolifération névroglique. Dans les couches profondes du cortex, satellitose très accusée autour de nombreuses cellules. Les vaisseaux du cortex ne présentent rien de particulier.

Dans la substance blanche sous-corticale des lobes frontaux, leucoencéphalite très nette ; de nombreux vaisseaux sont entourés d'un manchon de cellules lymphoïdes ; les capillaires sont bordés de cellules mononucléées. Les espaces périvasculaires sont encombrés de corps granuleux, bourrés de pigment.

La névroglie paraît normale. De même les cellules microgliques ; toutefois, dans les dernières couches du cortex, les cellules microgliques péricapillaires ont proliféré.

Dans les noyaux caudés et les putamens, quelques vaisseaux sont entourés de corps granuleux, bourrés de pigment. Espaces périvasculaires très dilatés. Pas de lésion de l'épithélium ventriculaire, mais prolifération considérable par endroits des cellules névrogliques sous-jacentes.

Pas de lésions des vaisseaux contenus dans les parois du 3e ventricule. Satellitose intéressant de nombreuses cellules.

Dans le pédoncule cérébral et la région sous-optique, disparition du locus niger. Dans la région comprise d'une part entre le pied du

pédoncule, d'autre part entre le noyau rouge et le ruban de Reil médian, on n'observe plus que de rares cellules contenant encore quelques grains de pigment, elles-mêmes sont en voie de disparition sans trace de neurophagie. Lésions accusées des cellules du noyau rouge. Dans la même zone, périvascularite très accusée des veinules.

Cervelet : lésions profondes des cellules de Purkinje qui ont perdu leurs granulations chromophiles ; leur cytoplasme prend une teinte uniforme par la méthode de Nissl. Excentricité du noyau.

Bulbe : quelques vaisseaux ont leurs parois entourées de cellules lymphoïdes. Les cellules des noyaux des nerfs craniens et des olives sont peu lésées.

En résumé, nous constatons :

1° Des lésions prédominantes dans la région mésencéphalique ; les cellules du *locus niger* sont disparues aussi bien dans la région sous-optique que dans la région pédonculaire. Le noyau rouge également est très atteint ;

2° Une réaction inflammatoire de la zone sous-corticale ;

3° Au niveau du pédoncule, des lésions inflammatoires périvasculaires en pleine évolution.

Il s'agit ici à la fois de réactions cellulaires dégénératives, en rapport avec une réaction vasculaire inflammatoire latente et persistante. C'est sans doute ce qui nous explique l'évolution rapide et l'intensité du syndrome parkinsonien : le virus encéphalitique ayant surtout manifesté son action au niveau du mésencéphale.

Une autre remarque : c'est la constatation dans les lobes frontaux de lésions inflammatoires sous-corticales, sur lesquelles Donaggio a récemment attiré l'attention. Pour cet auteur, les lésions du *locus niger* ne suffisent pas à créer un syndrome de Parkinson. Il faut y associer des lésions sous-corticales. Et c'est ce qui se trouve réalisé dans notre observation.

La séance est levée à midi 10.

Les Secrétaires des Séances,
Paul COURBON et Paul ABÉLY.

Séance du Mardi 19 Décembre 1933

Présidence : M. Georges DUMAS, président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 27 novembre 1933 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr DESRUELLES, *membre titulaire,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie de remettre, à la séance du lundi 22 janvier 1934, la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance ;

une lettre de M. le Dr Roger D. ANGLADE, *membre correspondant national,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie de remettre, à la séance du lundi 22 janvier 1934, la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre au jour de la présente séance ;

une invitation adressée au Président et aux membres de notre Société à assister à la séance solennelle annuelle de la *Société de Pathologie Comparée,* séance suivie d'un banquet, qui a eu lieu le mardi 12 décembre, sous la présidence de MM. les Ministres de l'Agriculture, de la Santé publique, de l'Education Nationale et de M. le Professeur ROUSSY, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris ;

une lettre de M. le Dr M. POTET, de Rabat, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

une lettre de M. le Dr D. KOURÉTAS, d'Athènes, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger ;*

une lettre de M. le Dr Auguste MARIE, *membre titulaire,* qui demande à être nommé membre titulaire honoraire : conformément à l'article 3 des Statuts, la Société décide que le Dr Auguste MARIE, élu mem-

bre titulaire le 29 décembre 1923, figurera sur la liste des *membres titulaires honoraires* à partir du 29 décembre 1933 ;

une lettre de M. le Dr D. ANGLADE, de Bordeaux, qui prie la Société de bien vouloir accepter sa démission de membre titulaire de la Société.

Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire

Sur la proposition du Bureau, la Société déclare une place de membre titulaire vacante, par suite de l'inscription de M. le Dr Aug. Marie sur la liste des membres titulaires honoraires. Les lettres de candidature, accompagnées des titres et des travaux des candidats, devront être parvenues au Secrétaire général avant la séance du lundi 22 janvier 1934. L'*élection* aura lieu à la séance du *lundi 26 février 1934.*

Sur la proposition du Bureau, la Société déclare une place de membre titulaire vacante, par suite de la démission de M. le Dr D. Anglade, de Bordeaux. Cette place est l'une des 30 places de membre titulaire réservées à des membres non résidants. Les lettres de candidature, accompagnées des titres et des travaux des candidats, devront être parvenues au Secrétaire général avant la séance du lundi 26 février 1934. *L'élection* aura lieu à la séance du *lundi 23 avril 1934.*

Date de la séance du mois de mars

La Société décide de ne pas tenir séance le lundi 26 mars 1934 et de ne tenir, en mars, qu'une seule séance, le *jeudi 8 mars 1934.*

Prix de la Société Médico-Psychologique

Le Secrétaire général rappelle que le délai, pour le dépôt des mémoires présentés pour les prix à décerner par la Société en *1934* (*Prix Aubanel, Prix Moreau de Tour, Prix Trénel, Legs Christian*) expire le 31 décembre 1933. Tout mémoire parvenu au Secrétaire général après cette date ne pourrait, éventuellement, participer qu'au concours de 1935.

Rapport de la Commission des Finances

M. PACTET. —

L'avoir de la Société au 23 décembre 1932 était de	54.091 56
Les recettes en 1933 ont été de	32.823 »
Total	86.914 56

Les dépenses en 1933 ont été de	58.898 80
Il reste donc un excédent global de	28.015 76

se décomposant ainsi :

Société Médico-psychologique	13.192 66
Prix Aubanel	10.011 60
Prix Belhomme	350 »
Prix Moreau de Tours	300 »
Prix Christian	3.161 50
Prix Trénel	1.000 »
Total	28.015 76

Les rentes annuelles se décomposent ainsi :

Société Médico-psychologique	1.376 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau de Tours	100 »
Prix Christian	302 »

Je vous propose de voter des félicitations à notre dévouée trésorière pour le soin qu'elle apporte à la gestion financière de notre Société.

Rapport du Secrétaire général

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général.* — Messieurs, conformément à l'article 8 des Statuts, l'Assemblée générale doit entendre les rapports sur la gestion du Conseil d'Administration, sur la situation financière et morale de la Société. Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit au renouvellement des membres du Bureau. Le rapport annuel et les comptes doivent être publiés dans le Bulletin de la Société.

Si, jusqu'à ce jour, l'Assemblée générale a rempli la plus grande partie de son mandat, elle n'a cependant pas toujours entendu le rapport moral qui doit accompagner le rapport financier. A vrai dire, ce rapport moral était épars dans les comptes rendus de nos séances et des décisions prises par la Société — elles furent nombreuses et importantes en ces dernières années —, et dans les listes de membres publiées par les *Annales Médico-psychologiques.*

Au cours de certaines démarches faites par le Bureau dans l'intérêt de la Société, il a été signalé que cette lacune de forme devait être comblée. Aussi, m'excuserez-vous de retenir quelques instants votre attention, pour vous résumer l'activité de notre compagnie.

Il n'est, d'ailleurs, pas inutile, après 3 années de réorganisation, d'apprécier les résultats de vos décisions.

A la date du 15 décembre 1933, la *Société Médico-psychologique* groupe 369 membres : 14 membres honoraires, 100 membres titulaires, 101 membres correspondants nationaux, et 154 membres associés étrangers. Elle a élu, en 1933 : 11 membres nouveaux, dont 1 membre titulaire, 7 membres correspondants nationaux, et 3 membres associés étrangers.

Ses *statuts* ont été modifiés, conformément à vos décisions, par décret en date du 30 juillet 1932 et publiés dans le numéro d'octobre 1932 des *Annales Médico-psychologiques.* Le *Règlement,* ayant reçu, le 21 février 1933, l'approbation de M. le Ministre de l'Intérieur, a été publié dans le numéro de mars 1933 des *Annales Médico-psychologiques.*

Avant même d'avoir reçu ces approbations, notre vieille Société Médico-psychologique, conçue en 1847, fondée le 26 avril 1852 par Baillarger, Brierre de Boismont et Cerise, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 11 décembre 1867, avait puisé, en 1930, dans la fusion des trois sociétés françaises consacrées à l'étude de tout ce qui intéresse la psychiatrie, une jeunesse et une activité nouvelles. Accueillante aux jeunes et aux idées neuves, elle montre, chaque année, qu'elle n'est pas épuisée par les nobles efforts d'un brillant passé.

En cette année 1933, que la présente séance vient clore pour nous, nous avons tenu 16 séances et entendu 80 communications scientifiques auxquelles viendront s'ajouter les 3 communications mises à l'ordre du jour de cette dernière séance de l'année. Tous ces travaux, sur l'intérêt desquels il ne m'appartient pas d'insister, paraissent régulièrement dans les *Annales Médico-psychologiques,* bulletin officiel de notre Société, qui s'appliquent, malgré des difficultés, dont certaines sont dues à la date tardive de notre dernière séance mensuelle, à paraître avec le maximum de rapidité. Ce m'est une occasion, mes chers collègues, de vous remercier de l'effort de tous, anciens ou jeunes, pour faciliter, par votre exactitude, la tâche de vos Secrétaires.

Par le rapport de votre Commission des Finances, vous avez pu apprécier la sage gestion et l'efficace activité de notre trésorière-archiviste, Mme le Dr Thuillier-Landry, que nous ne saurions trop remercier du mal que lui donne l'équilibre de notre budget. Les subventions que le Conseil général de la Seine et le Conseil municipal de Paris ont bien voulu, jusqu'ici, nous accorder généreusement, nous sont d'un précieux secours. Le nombre toujours croissant des travaux qui nous sont présentés, la place toujours plus grande nécessaire au Bulletin de la Société, nous créent, à la fois, d'impérieux devoirs et de lourdes charges. Nous espérons que les concours ne sauraient manquer à une Société comme la nôtre, dont les travaux sont tous orientés vers des buts de thérapeutique, d'assistance et de

prophylaxie individuelles et sociales, Société qui pourrait avoir, pour devise, les trois verbes de cet adage persan : « *Penser est bien, Prévoir est mieux, Réaliser est supérieur.* »

M. Roger MIGNOT, *vice-président,* qui préside le début de la séance remercie M. René Charpentier des services rendus comme Secrétaire général de la Société Médico-psychologique et comme Rédacteur en chef des *Annales Médico-psychologiques.*

Election du Bureau pour l'année 1934

Conformément à l'article 5 des Statuts et à l'article 36 du Règlement le Bureau, renouvelé tous les ans, est élu par la Société parmi les membres titulaires, à la majorité asolue, en séance publique, mais au scrutin secret.

Président

M. le Dr Roger MIGNOT, vice-président, devient, de droit, *président* de la Société pour l'année 1934.

Election du vice-président

Nombre de votants 24
Majorité absolue 13

Ont obtenu :

1er Tour

MM. Th. SIMON 12 voix.
G. G. DE CLÉRAMBAULT 10 —
LAIGNEL-LAVASTINE 2 —

2e Tour

Nombre de votants 25
Majorité absolue 13

Ont obtenu :

MM. Th. SIMON 22 voix.
G. G. DE CLÉRAMBAULT 2 —
LAIGNEL-LAVASTINE 1 —

M. Th. SIMON est élu *vice-président* de la Société Médico-psychologique.

Conformément à l'article 5 des Statuts il sera de droit *président* de la Société pour l'année 1935.

Election du Secrétaire général

Nombre de votants 24
Majorité absolue 13

Ont obtenu :

M. René CHARPENTIER 23 voix.
Bulletin blanc 1

M. René CHARPENTIER est réélu *secrétaire général* de la Société Médico-psychologique.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants 24
Majorité absolue 13

On obtenu :

MM. P. ABÉLY 24 voix.
P. COURBON 23 —
Bulletin blanc 1

MM. P. COURBON et P. ABÉLY sont réélus *secrétaires des séances* de la Société Médico-psychologique.

Election du Trésorier-Archiviste

Nombre de votants 24
Majorité absolue 13

Ont obtenu :

Mme THUILLIER-LANDRY 23 voix.
Bulletin blanc 1

Mme le Dr THUILLIER-LANDRY est réélue *trésorière-archiviste* de la Société Médico-psychologique.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1934

Le *Bureau de la Société* est donc ainsi constitué, pour l'année 1934 :

Président : M. Roger MIGNOT.
Vice-président : M. Th. SIMON.
Secrétaire général : M. René CHARPENTIER.
Trésorière-Archiviste : Mme THUILLIER-LANDRY.
Secrétaires des séances : MM. P. COURBON et P. ABÉLY.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1934, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. L. Marchand et Georges Dumas, le Bureau se constituera en *Conseil d'Administration.*

Commission des Finances

Conformément à l'article 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir, chaque année, dans la seconde quinzaine de décembre, le compte rendu de la gestion de la trésorerie.

MM. Pactet et René Semelaigne sont réélus *membres de la Commission des Finances.*

SÉANCE ORDINAIRE

COMMUNICATIONS

La tuberculose pulmonaire des déments précoces. Etude clinique et radiologique portant sur 204 cas de démence précoce, par MM. J. Lauzier, H. Baruk, M. Bidermann et F. Blumenfeld.

S'il est intéressant de noter le rôle de la tuberculose dans la pathogénie de certains cas de démence précoce, il y a lieu, également, d'étudier les modifications que la maladie mentale semble apporter à l'évolution des lésions viscérales tuberculeuses. C'est là un côté de la question qui mérite de retenir l'attention.

On pourrait croire, *a priori,* que la survenue des troubles psychiques, avec la difficulté d'alimentation et les conditions d'hygiène défectueuse qui en résultent, devrait aggraver notablement le caractère évolutif des lésions tuberculeuses pulmonaires.

Or, contrairement à ce qu'on pouvait attendre, nous avions été frappés, au contraire, de l'arrêt étonnant de beaucoup d'atteintes du parenchyme pulmonaire. Nous avons voulu, toutefois, préciser ce fait en nous fondant sur une étude systématique et large. C'est pourquoi nous avons soumis 204 déments

précoces de l'Asile de Clermont-de-l'Oise à des examens cliniques et radiologiques, afin de déterminer aussi exactement que possible leur état pulmonaire. Le détail de ces explorations a été exposé dans la thèse de Blumenfeld (1). Nous en indiquerons ici les résultats principaux.

Ces recherches nous ont permis tout d'abord de confirmer la fréquence toute particulière de la tuberculose chez les déments précoces. Sur 204 déments précoces examinés (dont 61 hommes et 143 femmes), nous avons, en effet, relevé 90 cas de tuberculose, dont 82 cas de tuberculose pulmonaire, soit *une proportion de 44 0/0.*

A titre de comparaison, nous avons soumis aux mêmes examens 203 sujets atteints d'autres syndromes mentaux (dont 52 épileptiques, 52 mélancoliques, 44 paralytiques généraux, 31 délirants chroniques systématisés, 20 alcooliques chroniques, 2 maniaques, 2 malades atteints de psychose périodique). Sur ces 203 malades, nous n'avons trouvé que 49 cas de tuberculose pulmonaire, soit *une proportion de 24 0/0.*

Ainsi donc, la proportion de tuberculose pulmonaire est presque le double chez les déments précoces de celle des autres malades, et cependant, ceux-ci se trouvent dans les mêmes conditions d'hygiène. Ces constatations concordent avec celles de divers auteurs, qui ont insisté sur la fréquence spéciale de la tuberculose chez les déments précoces comme le montrent les recherches statistiques, notamment de Raucman, Loew, Wolfer, Zalla, Nolan Lewis, Mlle Pascal, etc...

Nous nous sommes attachés ensuite à étudier tout spécialement la forme anatomique des 82 cas de tuberculose pulmonaire observés sur nos 204 déments précoces. Les diverses formes cliniques observées peuvent se résumer comme suit :

1° *Formes abortives.* — La proportion de beaucoup la plus importante est fournie par les cas de *tuberculose abortive, inactive ou cicatricielle,* puisque nous avons trouvé 60 cas sur 82 appartenant à cette forme, soit une proportion de 73 0/0.

En pareil cas, il s'agit de malades ayant présenté souvent, avant leur démence précoce, un épisode tuberculeux pulmonaire ou pleural indiscutable, avec vérification bactériologique. Mais très rapidement, au fur et à mesure que la psychose se développe, les signes de lésions pulmonaires tournent court, et peu-

(1) Blumenfeld. — La tuberculose des déments précoces. Etude statistique, clinique et radiologique. *Thèse de Paris,* mars 1933. On trouvera dans cette thèse les indications bibliographiques concernant l'histoire de cette question.

vent même disparaître presque complètement cliniquement et même radiologiquement, ou bien ne laisser que quelques ombres radiologiques nettement cicatricielles.

Voici, à ce sujet, quelques exemples concrets :

Obs. n° 1. — Feug... R., 20 ans, ébéniste.

En février 1930, à l'âge de 18 ans, constatation d'une tuberculose pleuro-pulmonaire droite au Dispensaire de Beauvais. A plusieurs reprises, la présence de B.K. est constatée à l'examen direct et par l'inoculation. Peu à peu, l'état général s'améliore et, le 26 mai 1932, le médecin du dispensaire délivre un certificat destiné au Conseil de révision mentionnant que F... est atteint d'une forme de tuberculose inactive en voie de guérison.

Au même moment, début des troubles mentaux par de l'anxiété, de l'agitation motrice, de l'impulsivité, des phénomènes de dissociation psychique. Puis, par la suite, mutisme absolu, inertie totale, négativisme, autisme, en somme, tableau classique d'une démence précoce.

A l'auscultation, on note simplement une respiration irrégulière au sommet droit. A l'examen radioscopique, seul, le hile droit est très gros, et partout ailleurs, l'image thoracique est normale.

Cette période d'indifférence et d'intériorisation dure huit mois. Par la suite, amélioration progressive de l'état mental. Actuellement, le malade, tout en restant bizarre et discordant, est en rémission.

Obs. n° 2. — Crist..., 18 ans.

Le 21 juin 1931, après une période de fatigue, survient une hémoptysie. Le malade est alors examiné à l'Hôpital Laennec, dans le service du Pr Léon Bernard : on constate, là, des sommets voilés. Un examen des crachats montre la présence de B.K.

Traité au sanatorium de Champrosay. Disparition des signes pulmonaires et des B.K. dans les crachats.

En *septembre 1931,* début des troubles mentaux par des hallucinations, des idées délirantes vagues, des paroles incohérentes, mouvements stéréotypés, conservation des attitudes. Tableau de démence précoce. Les examens pulmonaires faits depuis lors à Laennec sont restés négatifs. Bon état général.

Obs. n° 3. — Mlle Lec...

Bronchites répétées dans l'enfance. A 17 ans, crises dyspnéiques qualifiées d'asthme.

A 26 ans, début des troubles mentaux (anxiété, puis, peu à peu, apathie, indifférence affective, incohérence, et... constitution d'une démence précoce s'aggravant peu à peu.

A l'examen général, pâleur extrême. Asthénie. Il y a 4 ans, la malade a présenté un petit épisode pulmonaire avec toux, signes

stéthoscopiques au sommet droit, expectoration bacillifère. Guérison rapide de cette poussée.

Depuis lors, aucun signe clinique pulmonaire. On note seulement une légère submatité et une diminution de la respiration au sommet gauche. A la radio, hiles chargés, noyaux calcifiés, sommet gauche légèrement voilé.

Rappelons que le liquide céphalo-rachidien de cette malade a permis, à deux d'entre nous, de déterminer, à plusieurs reprises, chez le cobaye allergique, un phénomène de Koch et des troubles nerveux.

Dans cette variété d'observation, la tuberculose pulmonaire mérite donc bien le nom de « tuberculose abortive », puisque les lésions parenchymateuses n'évoluent pas, et même régressent parfois complètement.

2° *Tuberculose fibreuse.* — Après le groupe de beaucoup le plus important des tuberculoses abortives, vient celui des tuberculoses fibreuses (17 cas sur 82, soit une proportion de 20 0/0).

En pareil cas, il s'agit soit de signes de sclérose pleurale, soit de calcifications hilaires avec traînées de médiastinites, déformation du diaphragme, etc...

3° *Tuberculose fibro-caséeuse.* — Ce groupe comporte seulement 5 cas (soit 6 0/0). Ces formes se rapprochent davantage de la tuberculose évolutive, avec des poussées fébriles, de l'expectoration, des signes d'infiltration, mais on peut noter, en même temps, des réactions de défense fibreuse. Notons que dans un cas, des signes de tuberculose fibro-caséeuse ne sont survenus qu'après une longue évolution pleurale et fibreuse antérieure.

4° Enfin, sur ces 82 malades, nous n'avons pas observé un seul cas de *tuberculose caséeuse.*

Les résultats de ces explorations peuvent être résumés dans le tableau ci-joint :

Déments précoces 204	Tuberculose pulmonaire : 82	Forme abortive : 60 cas (73 °/o)
		Forme fibreuse : 17 cas (20 °/o)
		Forme fibro-caséeuse : 5 cas (6 °/o)
		Forme caséeuse : 0

On voit donc, d'après ce tableau, que, si la tuberculose pulmonaire est fréquente chez les déments précoces, il s'agit presque toujours d'une tuberculose à lésions non évolutives, abortive ou fibreuse. C'est pourquoi de telles tuberculoses passeraient facilement inaperçues, et demandent à être mise en évidence

par des investigations sérieuses des antécédents, et des examens radiologiques systématiques.

Si la tuberculose non évolutive constitue la tuberculose habituelle des déments précoces, on peut renverser la proposition en notant que les tuberculoses pulmonaires franchement évolutives ne s'accompagnent que fort rarement de démences précoces. Nous avons fait à ce sujet une enquête auprès de nombreux médecins de sanatoria, ou de services de tuberculeux des hôpitaux: tous sont absolument unanimes pour signaler la rareté extrême des psychoses chez leurs malades.

Les caractères de la tuberculose pulmonaire des déments précoces, que nous venons d'observer, concordent d'ailleurs avec les constatations faites par M. Xavier Abély (1), qui a insisté sur le caractère torpide de la tuberculose des déments précoces, et qui avait étudié l'état humoral de ces malades. D'autre part, dans un travail récent extrêmement intéressant et documenté, Mlle Pascal (2) apporte également le résultat de son expérience concernant 90 hébéphréniques, étudiés systématiquement au point de vue clinique, radiologique et humoral. « Nous avons constaté, écrit-elle en parlant des examens pulmonaires, que la forme dominante est la tuberculose cicatricielle (52 sur 90), la forme abortive de Bard, tuberculose enkystée, scléreuse, foyers fibreux, qui ont rarement tendance à la marche extensive et progressive. »

Considérations pathogéniques. — Comment expliquer ce caractère abortif habituel des lésions pulmonaires tuberculeuses dans la démence précoce ? C'est là une question fort complexe.

On pourrait se demander tout d'abord s'il ne s'agit pas, en pareil cas, d'une tuberculose spéciale, atténuée, peu virulente ? Cette hypothèse pourrait être appuyée par les recherches récentes concernant la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de certains déments précoces. Cependant, certains faits laissent à penser que la virulence de l'infection tuberculeuse n'est pas aussi atténuée qu'il paraît au premier abord : nous avons eu, en effet, l'occasion d'observer, à plusieurs reprises, chez des déments précoces dont la tuberculose restait larvée et immobilisée depuis de longues années, la *survenue brutale d'une pneumonie caséeuse ou d'une bronchopneumonie caséeuse emportant le malade d'une façon parfois pres-*

(1) Xavier Abély. — *Congrès des aliénistes et neurologistes,* Paris 1926.

(2) Mlle Pascal. — Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé. *Progrès médical,* 12 août 1933.

que foudroyante. On a l'impression, en pareil cas, de la suspension brusque d'une immunité relative.

D'autre part, chez un malade de l'un de nous, dont l'observation est publiée ci-dessous, Valtis a pu isoler du liquide pleural une souche de bacilles tuberculeux d'une virulence extrême. Cette question de la virulence atténuée ou non du virus tuberculeux chez les déments précoces est donc encore loin d'être élucidée.

Une autre hypothèse consiste à se demander si l'atteinte cérébrale par le virus tuberculeux ne modifie pas, dans une certaine mesure, les conditions d'équilibre, de défense, d'immunité. C'est l'hypothèse ingénieuse développée dans un travail tout récent par H. Claude, Coste, Valtis et Van Deinsse (1). Comparant ces faits avec ce qui se passe dans la parasyphilis nerveuse, ces auteurs se demandent si « l'atteinte prédominante de la région des centres frénateurs ne sera pas invoquée un jour pour expliquer l'arrêt de tous les autres processus évolutifs (syphilis tertiaires, tuberculoses viscérales).

« Lorsque se déclare la para-syphilis, ajoutent-ils, ou la para-
« tuberculose nerveuse, l'inhibition corticale ne libère-t-elle
« pas dans la région sous-corticale ou dans le cerveau inter-
« médiaire d'hypothétiques centres végétatifs de l'immunité,
« des réactions défensives antixéniques ? Vienne à régresser
« l'atteinte du manteau hémisphérique et l'immunité fléchira,
« le paralytique général redeviendra un syphilitique tertiaire,
« le dément précoce un tuberculeux ordinaire. »

C'est également vers l'hypothèse de certaines perturbations humorales que deux d'entre nous avec Albane (2), s'étaient orientés dans leurs premières recherches biologiques et expérimentales relatives aux rapports de la tuberculose et de la démence précoce. Partant de l'intensité des réactions allergiques à la tuberculine que nous avions trouvées chez un grand nombre de déments précoces, nous avions pensé que cet état allergique pouvait expliquer à la fois le caractère peu évolutif des lésions tuberculeuses chez les déments précoces, et cependant la sensibilisation profonde de tout l'organisme, et les réactions générales toxiques. L'avenir montrera laquelle de ces diverses conceptions permet le mieux d'expliquer ce problème complexe. Peut-être d'ailleurs ne sont-elles pas incompatibles ?

(1) Claude, Coste, Valtis et Van Deinsse. — Virus tuberculeux et démence précoce. *Encéphale*, sept.-oct. 1933.

(2) H. Baruk, Bidermann et Albane. — Tuberculose et démence précoce. *Paris Médical*, 27 août 1932 et *Soc. Médico-Psychol.*, oct. et nov. 1932.

M. MARCHAND. — D'après mon expérience, la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces est, en raison directe de l'insuffisance des conditions hygiéniques de leur hospitalisation. Je n'en ai pas vu un seul cas parmi les déments précoces du Pensionnat de l'asile de Blois où le confort, le chauffage, l'aération et la nourriture étaient excellents. J'en ai vu parmi les déments précoces des services communs qui étaient loin de bénéficier des mêmes avantages matériels.

La tuberculose constatée chez mes déments précoces a évolué de façon classique comme chez les individus sains d'esprit. C'est ainsi que tout dernièrement encore, dans mon service de Ste-Anne, l'un d'eux est mort avec des cavernes constatées à l'autopsie. Un autre, dont la tuberculose progresse rapidement depuis 3 mois, a les signes cliniques de la cachexie caverneuse. Tous deux étaient des hébéphrénocatatoniques, dont l'état mental n'a été modifié en rien par la déclaration de la tuberculose.

M. BAUDOUIN. — Si je ne me trompe, Pierret, de Lyon, fut un des premiers auteurs à affirmer la nature bacillaire de la démence précoce ; que, disait-il de l'évolution de cette tuberculose ?

M. Xavier ABÉLY. — Je puis citer le cas d'une de mes malades chez laquelle fut notée, avec une précision toute particulière, l'évolution de la tuberculose, puisqu'elle avait deux phtisiologues éminents pour parents. Elle commença par une poussée de tuberculose qui, sous un traitement intensif, guérit. Mais apparut de l'ozène qui, au bout de quelques mois, guérit brusquement lui aussi. Et quelques semaines plus tard, se déclarèrent les premiers troubles mentaux. A ce moment, tous les examens cliniques, toutes les investigations de laboratoire furent négatifs. Les troubles démentiels augmentèrent et, au bout de 4 ans, une poussée de tuberculose pulmonaire aiguë amena la mort, avec signes cliniques évidents et présence de bacilles de Koch dans les crachats.

M. HEUYER. — Dans mon service d'hôpital, à Tenon ou à Necker, j'ai vu à peu près 2.500 tuberculeux et n'ai trouvé sur eux qu'un seul dément précoce. Dans un sanatorium, où j'ai longuement examiné les hospitalisés au point de vue mental, pendant 10 mois je n'ai pas dépisté un seul cas de démence précoce. Et tous les médecins m'ont dit n'avoir jamais vu entrer un dément précoce tuberculeux au sanatorium. Il y aurait lieu, en étudiant la tuberculose chez les déments précoces, de rechercher la proportion des types anthropologiques : du type asthé-

nique maigre, long, à nez en lame de couteau, qui est celui des tuberculeux cavitaires à marche rapide, et du type athlétique, au contraire, large, trapu, qui est celui des tuberculeux à forme fibreuse et à marche lente.

M. René CHARPENTIER. — Il est des cas cliniques particulièrement impressionnants. Tel ce jeune homme, également observé par notre collègue Carrette ici présent, et qui, sans antécédents héréditaires ni personnels connus, à l'exception d'une scarlatine sans albuminurie à 17 ans, est reçu à son baccalauréat (latin-sciences), à 18 ans, *avec mention « bien »*. Aussitôt après ce succès, encouragé par des études secondaires faciles, il entreprend de préparer la licence de Mathématiques. Se sentant devenir asthénique, fatigable, il abandonne ce projet quelques mois plus tard. Il fait alors un essai de notariat et abandonne également six mois après, se sentant incapable d'un effort cérébral. Deux ans plus tard environ, au cours de cet état qui se prolonge, apparaissent des lésions de tuberculose pulmonaire, avec hyperthermie au moindre effort, contrôlées par l'examen radiologique. On soigne cette tuberculose à la campagne ; il est exempté de service militaire. Un jour, à ce moment, vague idée transitoire d'avoir été hypnotisé par des amis avec une bougie. Pendant ce temps, il lui est toujours difficile de fournir un effort continu, il présente de l'instabilité de l'humeur, un peu d'irritabilité, mais il se met cependant à étudier la musique, apprend rapidement le piano, fait de la pyrogravure et y réussit, apprend à conduire une voiture automobile et obtient rapidement son permis de conduire, il y a de cela 3 ou 4 ans, à 24 ans. Il y a 2 ou 3 ans, un examen radiologique ne révèle plus que des lésions cicatricielles. Mais, depuis, chez ce malade, qui a maintenant 28 ans et dont l'état général s'est considérablement amélioré, toute activité ordonnée a disparu et sont apparus de l'autisme, des troubles hallucinatoires, des accès de rire, des impulsions, des réactions incohérentes, etc. Il présente maintenant l'aspect d'un dément précoce à forme paranoïde.

On ne peut pas ne pas être frappé de cette succession des faits : chez un jeune homme dont les études secondaires furent faites non seulement facilement mais avec un succès évident, apparition d'asthénie et de dépression vraisemblablement en rapport avec le début caché d'une tuberculose pulmonaire à évolution fibreuse, cicatricielle ; puis, après ou avec la guérison des lésions pulmonaires, apparition d'un syndrome schizophrénique manifeste, progressif, coïncidant avec l'amélioration de

l'état général et sur lequel cette amélioration est sans aucune action favorable.

M. Fribourg-Blanc. — J'ai récemment vu 2 cas qui confirment l'opinion de M. H. Baruk : celui d'une jeune fille qui sortit guérie d'un sanatorium et devint démente précoce ; celui d'un lieutenant dont la démence précoce s'améliora quand se déclara une tuberculose pulmonaire.

M. H. Baruk. — Je crois parfaitement possible qu'un dément précoce ait une tuberculose à évolution classique. Mais nous avons voulu signaler la proportion importante de formes non évolutives. Il n'est pas rare toutefois que ces malades soient emportés brusquement par une pneumonie caséeuse, une bronchopneumonie tuberculeuse ou une granulie. Je ne connais pas la publication de Pierret sur les rapports de la démence précoce et de la tuberculose. Comme M. Heuyer, nous avons insisté sur l'extrême rareté de la démence précoce chez les tuberculeux évolutifs des sanatoria ou des services des hôpitaux.

Démence précoce grave consécutive à une typho-bacillose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuberculeuse, par MM. H. Baruk, Sauvage et Albane.

Dans un travail antérieur, paru il y a trois ans, l'un de nous, en collaboration avec le Pr Claude (1), a insisté sur le balancement spécial qui existe dans certains cas de démence précoce entre les troubles mentaux et certaines localisations tuberculeuses viscérales évolutives, la phase psychique de la maladie se constituant soit dans la période prémonitoire, soit dans des périodes de régression anatomiques apparentes de la tuberculose. Depuis lors la notion de ce balancement, de cette substitution curieuse des phases mentales et des localisations tuberculeuses pulmonaires ou autres, s'est précisée peu à peu, et la thèse de l'un de nous réunira prochainement de nombreux faits cliniques à ce sujet.

Comment expliquer ce balancement ? Plusieurs hypothèses, appuyées sur des données biologiques ou expérimentales ont été émises depuis lors. S'agit-il de réactions allergiques avec imprégnation nerveuse toxique (Baruk, Bidermann et Albane), s'agit-il d'une tuberculose spéciale à caractères histologiques atypiques,

(1) Claude et Baruk. — *Paris Médical*, 27 décembre 1930.

à atteintes de type inflammatoire, diffus, sans véritables tubercules (D'Hollander et Rouvroy) ? S'agit-il d'un virus tuberculeux spécial, du virus filtrant de Fontès et Vaudremer (Toulouse, Schiff, Valtis, et Van Deinsse, Puca, Claude, Coste, Valtis et Van Deinsse) ?

La question est à l'étude et nécessitera encore, avant d'être résolue, de multiples recherches expérimentales. Mais, pour être efficaces ces recherches expérimentales doivent toujours rester au contact de la clinique. La nature n'offre-t-elle pas quelquefois de véritables expériences spontanées qui peuvent préciser certains mécanismes pathogéniques ? Il en est ainsi de l'observation que nons rapportons ci-dessous, dans laquelle on a vu une hébéphréno-catatonie extrêmement grave ayant abouti à un état démentiel aussi profond que possible guérir totalement et d'une façon impressionnante au moment où apparaissaient successivement les signes d'une coxalgie, d'une pleurésie, et d'une péricardite tuberculeuse.

Voici tout d'abord notre observation :

Obs. (1). — Pl... Pierre-Aimé, soldat de 2e classe G.O.A., est admis au Val-de-Grâce (4e Division de Fiévreux) le 7 juin 1931, dans un « état d'agitation désordonnée et incohérente avec subanxiété et désorientation. On a été obligé de l'attacher au lit. T. : 38,5. Haleine fétide. Congestion céphalique ».

Le diagnostic est le suivant : « Syndrome mélancolique avec alternative de dépression et d'excitation. Lenteur de l'idéation. Indifférence de la vie extérieure et refus d'aliments. Etat général déficient. »

Après une nuit relativement calme, Pl... garde cependant, à la visite du matin, une expression de prostration et d'obnubilation profondes avec gesticulation inadaptée. Paroles incohérentes et monosyllabiques. T. 38°.

Examen somatique : Réflexes obtenus, mais donnant l'impression d'être faibles. Pas de signes pyramidaux, pas de raideur de la nuque ni aucun autre signe de la série méningée. Grande dilatation des pupilles. Réaction à la lumière : normale.

L'examen viscéral, qui ne montrait rien de particulier à l'entrée, décèle, le 9 juin, l'apparition d'un souffle systolique à la pointe du cœur, dur et râpeux, sans propagation nette et qui disparaît du reste le lendemain.

Examen psychique : Le malade répond « à côté ». Interrogatoire impossible, en raison de la fatigabilité de l'attention et surtout de gros troubles de la perception. Viscosité mentale empêchant Pl... de comprendre le sens des questions posées. Désorientation dans le temps

(1) Le début de la maladie a pu être observé de très près au Val-de-Grâce. Nous reproduisons ci-dessus les notes si intéressantes prises par le Docteur Gauthier qui nous les a communiquées et que nous remercions vivement.

et dans l'espace. Expression hagarde du regard vague avec atonie des traits du visage. Activité onirique. Mouvements carphologiques rapides. Gesticulation inadéquate. Paroles désordonnées avec incohérence. Opposition. Négativisme marqué. En somme : confusion mentale avec agitation sub-anxieuse, onirisme et incohérences. Opposition et négativisme chez un jeune soldat fébrile (38°,5, 38°) et avec mauvais état général, et à l'examen neurologique négatif.

Examens humoraux : Urée sanguine, 0,55,

B.-W., sanguin, négatif.

Traitement : Bains et salicylate de soude intra-veineux.

Le 18 juin : l'état infectieux s'est amélioré, la fièvre est tombée, mais, au point de vue psychique, le malade est toujours aussi confus, présente un négativisme toujours très marqué, du refus d'aliments ayant nécessité l'emploi de la sonde. Gâtisme. Mutisme complet. Sommeil assez bon. Pas d'agitation. Le malade n'a pas reconnu sa tante, venue récemment pour le voir. Au point de vue somatique, le souffle systolique mitral, qui avait été constaté au début de son hospitalisation, a actuellement disparu, mais on constate un bruit de galop à la pointe. Rien aux autres appareils. Affaiblissement marqué.

Le 29 juin : Etat stationnaire. Persistance d'un négativisme toujours très marqué. Refus d'aliments. Absorbe quelquefois, quand il est seul, un peu de boisson, mais ne touche, pas aux autres aliments ; doit toujours être alimenté à la sonde. Mutisme absolu. Paraît toujours aussi complètement désorienté que par le passé. Indifférence vis-à-vis des siens : ne réagit pas aux visites de sa mère et de sa tante.

Le dosage de l'urée sanguine, qui avait indiqué 0,55 au début de son séjour, est actuellement de 0,40.

Impossible de recueillir des réponses de ce malade. Gâte, défèque dans son lit et se barbouille de matières fécales. Amélioration nette de l'état cardiaque. Disparition actuelle du bruit de galop. En raison de la persistance du syndrome psychique et de l'impossibilité de le renvoyer actuellement à sa famille, Pl... va être interné à l'Asile de Saint-Maurice. La famille, prévenue, accepte la solution.

Le 19 juillet : Etat toujours stationnaire. Même opposition et négativisme. Alimentation très difficile. Masturbation automatique. Etat confusionnel persistant.

Conclusion : Syndrome de confusion mentale très marquée avec désorientation complète. Mutisme, négativisme avec refus complet d'aliments nécessitant l'alimentation à la sonde. Gâtisme. Indifférence affective apparente et désintéressement complet du milieu ambiant. Etat survenu au cours d'un syndrome infectieux aigu actuellement guéri et précédé, au cours d'une première phase, d'agitation motrice avec tentative de défénestration.

Evolution possible vers une démence précoce.

Il n'est pas douteux qu'il existe une relation nette de cause à effet

entre l'état psychique actuel du malade et la maladie aiguë survenue au début.

Proposé pour la R.D. n° 1 : Invalidité 100 0/0.

Signé : Dr Gauthier.

Pl... arrive à la Maison Nationale de Charenton, le 24 juillet 1931, et est justiciable du certificat d'entrée suivant :

« Confusion mentale avec négativisme Catatonie. Refus d'alimentation. Anxiété permanente. Très mauvais état général. Troubles vasomoteurs. A admettre. 25 juillet 1931. Dr Paul Abély. »

Le certificat de quinzaine indique : « Confusion mentale grave avec stupeur anxieuse, négativisme, catatonie, refus d'alimentation, état subfébrile permanent. Cachexie progressive. Troubles vago-sympathiques. A maintenir. Le 8 août 1931. Dr Paul Abély. »

Ce malade reste dans le service, et, entre novembre 1931 et fin avril 1932, période où il est particulièrement observé, il garde un aspect typique de dément précoce : faciès absent, indifférence affective, agitation par intervalles, tant diurne que nocturne. Gâtisme. Le malade mange son varech, refuse les aliments. Son état physique nécessite des toniques administrés pendant quelque temps : huile camphrée, hémostyl, hémoglobine. A fait de très courtes éclaircies pendant lesquelles Pl... peut être levé, manger au réfectoire, l'état mental reste aussi grave jusqu'en avril 1932 : Accès d'excitation, lacération d'effets, chants désordonnés, turbulence, taquineries. Troubles physiques tels que ceux rencontrés habituellement dans la démence précoce : troubles vago-sympathiques, pseudo-œdème, etc... Etat donnant l'impression de la chronicité.

Or, tout d'un coup, le 20 juillet, le malade se remet à parler, redevient présent à l'ambiance s'exprime de façon cohérente. C'est à ce moment que l'attention est attirée d'un autre côté : le malade se plaint alors de sa hanche gauche. La fièvre réapparaît : 38°,6 le soir. Et, alors que l'état mental se montre tout à fait satisfaisant, le malade répond parfaitement à toutes les questions posées, il a une conscience parfaite de sa situation, il a retrouvé toute son affectivité (hâte de guérir pour rentrer dans sa famille, etc.), on assiste à une reprise de signes physiques défectueux : Amaigrissement rapide, fièvre continue à oscillations entre 38°5 et 39°5. Point de côté. Toux sèche. L'examen pulmonaire montre l'existence d'une pleurésie dont la nature séro-fibrineuse est mise en évidence le 2 août par une ponction exploratrice (+). En outre, les douleurs de la hanche se précisent. Le Dr Beaussenat, chirurgien de l'établissement, appelé en consultation, fait le diagnostic de coxalgie et conseille l'application d'un appareil plâtré qui est installé le 19 août. Nous allons assister alors à l'atténuation de la fièvre, la température descendant même tant soir que matin pendant 2 jours et à la transformation des signes d'épanchement qui disparaissent pour faire place à des frottements pleuraux. *Fin août :* un nouvel épisode fébrile réapparaît, à grandes

oscillations. Le malade est dyspnéïque. L'auscultation du cœur montre des bruits assourdis avec gros frottements péricardiques à la région méso-cardiaque. Tachycardie. Pouls à 130. Reprise du traitement salicylé. Peu à peu, le bruit de frottement disparaît, alors que persiste la tachycardie et qu'apparaît un bruit de galop très net. Mouvement de roulis de la paroi faisant penser à l'évolution vers la symphyse péricardique. Pas d'augmentation de volume du foie. Le plâtre, enlevé fin août, est refait, à la suite des douleurs accusées par le malade. Mais, fin septembre, on doit l'enlever à nouveau, de larges eschares s'étant établies au niveau de la crête iliaque.

Le 4 octobre : l'examen physique est le suivant : T. 38°. Pouls rapide à 100 allorythmique. Eréthisme cardiaque. Le foie déborde légèrement les fausses-côtes. L'auscultation des poumons montre, à gauche : en arrière, une respiration diminuée, en avant, de la submatité avec bruits surajoutés.

Tant dans la période précédente qu'à ce moment et les mois qui vont suivre, Pl... peut, au point de vue mental, être considéré comme guéri.

La fièvre persiste à oscillations journalières de 1 degré environ, puis se régularise et décroît. En décembre, on peut noter que l'état mental reste parfait. Le malade s'alimente bien. L'état général s'améliore. *Fin décembre :* le malade est pris brusquement, à 2 reprises et pendant quelques secondes seulement, de sensations de vertige « tourbillon dans la tête », dit-il. Sensation que le lit tournait. L'examen, renouvelé quelques jours après, ne montre aucun signe neurologique et le malade n'en accuse aucun de subjectif.

Le 17 janvier 1933 : Pl. est toujours très bien au point de vue mental. L'état général s'est encore amélioré. La fièvre a disparu. L'appareil à extension installé est enlevé. Le malade accuse, en se levant, des vertiges, de la céphalée. Ces symptômes disparaissent en position assise ou couchée.

Depuis lors l'état mental du malade *reste absolument normal* à tous les points de vue. Le malade est parfaitement présent, ses fonctions intellectuelles sont parfaites, son affectivité est entièrement revenue. Son comportement est excellent. L'état général s'améliore aussi, mais l'état de la hanche reste préoccupant. C'est pourquoi le malade sort de la Maison Nationale de Saint-Maurice complètement guéri au point de vue mental et entre à la Salpêtrière dans le service du P[r] Gosset, où l'un de nous s'occupe alors du traitement de la coxalgie.

A son entrée à La Salpêtrière (le 23 mars 1933) on constate que la hanche est dans une position exceptionnellement anormale : la cuisse en abduction presque à angle droit, rotation externe considérable, genou fléchi, attitude fixée par contracture antalgique plus que par ankylose, car on peut arriver à déterminer en douceur des mouvements de l'articulation. Même une inclinaison considérable du bassin du côté malade n'arrive pas à obtenir le parallélisme des deux membres inférieurs. Plus de fessiers, gros ganglions iliaques. Un énorme

abcès déforme la racine de la cuisse, et gonfle le triangle de Scarpa, un autre fluctue en arrière.

Les radiographies montrent *une destruction quasi totale de la tête et du col fémoral,* un agrandissement notable du cotyle, une décalcification pelvienne intense, et une déformation en pseudo oblique ovalaire du bassin : il s'*agit d'une pseudarthrose intra-cotyloïdienne secondaire à des destructions extraordinairement rapides et importantes de la tête fémorale et du cotyte* (voir fig. ci-jointe) : la luxation vraie a été évitée par l'abduction extrême portant l'extrémité fémorale à l'appui de la partie inférieure du cotyte et par les déformations trophiques de l'aile iliaque inclinée et abaissée du côté malade.

Après ponction de l'abcès antérieur qui retira 100 cm.^{3} de pus environ, on put installer une extension continue pour tenter de réduire la déformation, ce qui fut obtenu sans grande traction en 15 jours. Malheureusement on ne put arrêter la fistulisation de l'abcès, en avant entre couturier et tenseur, en arrière où l'abcès s'ouvrait largement par une vaste plaie.

Le malade est resté dans le service de la Salpêtrière du 22 mars au 28 octobre 1933, date à laquelle son transfert à Berck a pu être fait.

Pendant tout son séjour, son état général d'abord médiocre s'est peu à peu amélioré ; des vomissements et de la diarrhée ont persisté pendant tout le mois d'avril, puis ont cessé ; il a repris du poids ; une fistule externe s'est fermée, la plaie postérieure s'est réduite, seul l'abcès antérieur toujours volumineux a nécessité de nombreuses ponctions.

Malgré une forme de coxalgie particulièrement destructive, le malade paraît bien actuellement faire les frais de la réparation de ses lésions : il semble possible que son séjour à Berck permette la fermeture des fistules et l'assèchement des abcès ; et que, dans un délai éloigné, une arthrodèse de la hanche lui rende un membre inférieur solide en rectitude. Par contre, il suffirait d'une seule nouvelle localisation tuberculeuse ostéo-articulaire pour que le diagnostic soit bouleversé.

Notons que l'état mental reste toujours parfait et que la guérison de la psychose se maintient complète depuis près d'un an et demi. Quant à la pleurésie et à la péricardite elles ont remarquablement guéri, et une radiographie récente montre une image thoracique sensiblement normale.

En résumé, dans cette observation, la maladie a évolué en trois phases :

1° Une première phase, marquée par des signes d'infection générale, accompagnés de troubles confusionnels, phase en rapport probable avec une septicémie tuberculeuse, une typho-bacillose.

2° Une deuxième phase démentielle marquée par un état



d'hébéphréno-catatonie aboutissant à une régression psychique aussi profonde que possible, et pouvant sembler définitive.

3° Une troisième phase, marquée par la guérison brusque et totale de tous les troubles mentaux, en même temps

que surviennent trois localisations tuberculeuses évolutives ostéo-articulaire, pleurale et péricardique.

En un mot, les troubles mentaux ont accompagné surtout la période initiale septicémique et la période pré-lésionnelle de la tuberculose, ils ont disparu totalement à la période des localisations fixées. Il y a là un fait capital qui mérite d'être commenté d'une façon plus large au point de vue clinique et au point de vue biologique.

Deux points méritent, en effet, d'être précisés dans cette observation : 1° Les conditions de l'attente nerveuse ; 2° Les conditions de dégagement du système nerveux à la suite des localisations tuberculeuses ostéo-articulaires et pleuro-péricardiques.

En ce qui concerne les conditions de l'atteinte nerveuse, il est important d'insister sur l'épisode infectieux initial, que l'évolution de la maladie nous permet de rattacher maintenant à une typho-bacillose. Or, *ces typho-bacilloses initiales sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit dans les prodromes des psychoses.* L'un de nous en a observé une série d'exemples frappants. Le diagnostic de ces typho-bacilloses est souvent fort difficile : on pense en général, en pareil cas, soit à un épisode infectieux banal, soit à une fièvre typhoïde, soit, lorsqu'il existe des signes nerveux et de la céphalée, à une méningite ou à une encéphalite épidémique. Deux d'entre nous ont rapporté le cas d'un dément précoce ancien, dont une typho-bacillose initiale avait donné lieu à ce dernier diagnostic.

Lorsque la psychose est installée, le diagnostic rétrospectif de la septicémie tuberculeuse du début est encore plus difficile. Plus exactement, la notion si importante de cette toxi-infection tuberculeuse prémonitoire est le plus souvent alors oubliée. Dans notre cas, c'est grâce à la précieuse observation des médecins du Val-de-Grâce que nous avons pu retrouver les détails concernant cet épisode infectieux initial si important.

Au point de vue pathogénique, la notion de ces typho-bacilloses permet de mieux comprendre certaines déterminations cérébrales et mentales du virus tuberculeux. On sait, en effet, que la notion de bacillémie et de septicémie tuberculeuse émise par Landouzy lorsqu'il donna la première description de la typho-bacillose, discutée ensuite vivement, apparaît maintenant de plus en plus confirmée par les récentes données bactériologiques.

Or, *une tuberculose septicémique est, bien entendu, beaucoup*

plus susceptible de toucher le système nerveux qu'une tuberculose fixée : A ce point de vue, la typho-bacillose représente en clinique le stade infectieux initial qui sera suivi ultérieurement d'atteinte viscérale tuberculeuse. *Il est classique d'insister sur les localisations tuberculeuses diverses, notamment pulmonaire et méningée, qui suivent la typho-bacillose, certaines psychoses constituent en quelque sorte des équivalents de ces déterminations tuberculeuses et relèvent des mêmes lois chronologiques.*

Si la maladie peut s'immobiliser très longtemps sous le masque de troubles mentaux prolongés, comme la démence précoce, l'exemple de notre observation montre que, *même à un stade de démence en apparence très avancée,* ces troubles mentaux peuvent disparaître totalement au moment où se constituent d'autres localisations tuberculeuses. Il y a là un exemple saisissant de ces phénomènes de métastase, de substitution, si importants en pathologie générale.

Quelle est la cause déterminante d'une telle métastase ? Est-ce un nouveau stade de l'évolution du virus tuberculeux, évolution qui, suivant les conceptions de Rauke, aboutirait du stade « anaphylactique » ou septicémique de la tuberculose à la phase d'immunité relative et de localisation des lésions ? S'agit-il de conditions humorales ou même de certaines conditions de terrain, sur lesquelles a insisté Toulouse (1) dans les rapports de « la tuberculose et de la psychopathie » ? S'agit-il enfin, comme l'opinion en a été soutenue, d'un virus spécial notablement atténué ? L'évolution extraordinairement rapide et destructive de la coxalgie ne semble pas plaider en faveur de cette hypothèse. D'autre part, le liquide pleurétique de notre malade, inoculé à des cobayes, a donné chez ces animaux des réactions ganglionnaires tardives, mais la souche tuberculeuse isolée par Valtis de ces ganglions s'est montrée ensuite d'une extrême virulence.

Les recherches biologiques et bactériologiques ne permettent pas encore d'élucider exactement les mécanismes intimes de ces alternances de certaines déterminations mentales et viscérales de la tuberculose. Mais, les faits cliniques tels que ceux de l'observation que nous venons de rapporter ont une portée générale, en nous montrant certains processus de substitution et de guérison spontanée de psychoses que l'on pourrait croire définitives.

(1) TOULOUSE. — La tuberculose et la psychopathie. *Rev. d'Hygiène,* T. 52, sept. 1930.

Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique azotémique, par MM. HYVERT, TRAN-MINH-PHUONG, G. et M. COHN.

Le délire aigu, dont la connaissance anatomo-clinique a fait récemment des progrès grâce aux travaux de Marchand, est encore d'une pathogénie et d'une étiologie bien obscures. Cela n'est pas pour faciliter l'élaboration d'un traitement rationnel, et devant le malade, on se trouve réduit à des tâtonnements qui, dans la majorité des cas, sont assez peu fructueux.

Aussi la thérapeutique proposée par différents auteurs est extrêmement variée.

Damaye (1) considère le délire aigu comme une septicémie à localisation méningo-encéphalitique ordinairement sans suppuration et due à des agents pathogènes divers (streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, purs ou associés). Aussi propose-t-il des injections quotidiennes intraveineuses (20 cm³) ou intra-musculaires (40 cm³) d'électrargol, l'urotropine intraveineuse à haute dose (0 gr. 75 à 1 gr. 25), l'abcès de fixation, les sérums anti-infectieux. Le malade est soutenu par alimentation à la sonde, sérum artificiel, strychnine et toni-cardiaques. Il a eu quelques succès.

Pouffary (2) a employé le salicylate de soude par voie intra-rachidienne, uroformine intraveineuse, les ponctions lombaires répétées, l'électrargol, sans résultats.

Martimor, Mornet et Brzezinski (3) ont observé un cas de délire aigu, avec glycosurie, acétonémie, hyperglycémie. Ils ont obtenu un succès thérapeutique en utilisant l'insuline, le sérum glucosé et le sérum suivant par injection intraveineuse :

Bicarbonate de soude	30 gr.
Chlorure de sodium	6 gr.
Eau distillée stérilisée	1.000 gr.

Desruelles et Mlle Chiarli (4) ont eu d'excellents résultats par la thérapeutique suivante : le malade reçut 500 cm³ de sérum physiologique et immédiatement après une injection de

(1) DAMAYE. — Traitement du délire aigu et du delirium tremens. *A.M.P.*, juillet 1929, n° 2.

(2) POUFFARY. — *Soc. Méd. Psych.*, 22 juin 1931. *A.M.P.*, juin 1931,

(3) MARTIMOR, Mme MORNET et BRZEZINSKI. — Délire aigu et acétonémie. *S.M.P.*, 11 février 1932. *A. M. P.*, février 1932, p, 188,

(4) DESRUELLES et Mlle CHIARLI. — Injections intraveineuses de sérum chloruré hypertonique dans les états toxi-infectieux graves qui accompagnent certaines maladies mentales. *S.M.P.*, 30 juin 1930. *A.M.P.*, juillet 1930,

20 cm³ de sérum chloruré hypertonique à 20 0/0. Cette injection fut répétée deux fois à 2 heures d'intervalle.

Toulouse, Marchand et Courtois (1), dans l'encéphalite psychosique post-puerpérale, conseillent le sulfarsénol à doses croissantes (injections quotidiennes de 0 gr. 15, 0 gr. 18, 0 gr. 30 en 5 jours), l'urotropine par voie sous-cutanée, à raison de 5 grammes par jour, la sérothérapie antistreptococcique.

Joaki et Rondepierre (2) ont utilisé l'électrargol intraveineux à hautes doses (20 cm³), avec ponctions lombaires répétées et alimentation forcée.

Arcalides (3) a observé un cas de délire aigu à la suite d'une infection staphylococcique généralisée à point de départ furonculeux. L'autohémothérapie et la vaccinothérapie ne lui ont donné aucun résultat notable. Cependant, l'amélioration de l'état mental a coïncidé avec la disparition des furoncles.

Mattei (4) a traité quelques cas de délires aigus toxi-infectieux par l'extrait hépatique injectable, à raison de 5 cm³ dilués dans 10 cm³ de sérum physiologique, et répétés quatre fois par jour.

Steck (5) préconise un véritable « lavage interne », qui lui a donné d'excellents résultats dans des cas désespérés. Le malade est soumis à des ponctions lombaires répétées suivies d'injections sous-cutanées répétées de 500 à 1.000 cm³ de sérum physiologique ou glucosé à 5 0/0, à une alimentation riche en sucre.

L'insuline (6) lui a donné comme calmant de l'agitation des résultats autrement heureux que les narcotiques, particulièrement néfastes dans les délires aigus.

Récemment Mares et Tatiana Cahane (7) se sont particulièrement attachés au métabolisme du chlore et de l'urée dans les psychoses aiguës. A côté de l'hyperazotémie accompagnée

(1) Toulouse, Marchand et Courtois. — Encéphalites psychosiques aiguës post-puerpérales. *A.M.P.*, nov. 1930. *S.M.P.*, 24 nov. 1930.

(2) Joaki et Rondepierre. — Délire aigu d'origine alcoolique. *S.M.P.*, juillet 1932. *A.M.P.*, juillet 1932, p. 197.

(3) Arcalides. — Sur un cas d'encéphalite psychosique aiguë staphylococcique. *A.M.P.*, nov. 1933, p. 550.

(4) Mattei. — Traitement des délires aigus toxi-infectieux par les extraits hépatiques injectables. *S. M. des Hôpitaux*, 7 avril 1933.

(5) Steck. — La thérapeutique des psychoses aiguës mettant la vie en danger. *Schweiz. Médiz. Wochshr.*, 1930, p. 962.

(6) Steck. — Le traitement des agitations psychosiques aiguës (délire et agitation catatonique, delirium tremens) par l'insuline. *Compte rendu du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes*, Rabat, avril 1933, p. 452.

(7) Sur le traitement de l'azotémie de certaines psychoses aiguës, par Mares et Tatiana Cahane. *S.M.P.*, 23 octobre 1933. *A.M.P.*, octobre 1933, p. 381.

d'hyperazotorachie, ils ont observé une diminution du chlore sanguin coïncidant avec une augmentation du chlore du liquide céphalo-rachidien, tandis que l'élimination du chlore et celle de l'urée étaient normales ou diminuées. En outre, ils ont trouvé une augmentation du chlore dans la substance grise. Par analogie à ce qu'on observe dans d'autres maladies, ils ont cherché à provoquer une diminution de l'azotémie par la chloruration de l'organisme (sérum physiologique et sel par voie buccale) et ont ainsi obtenu des résultats favorables. Nous avons vu que d'autres auteurs avaient préconisé une semblable thérapeutique.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans l'établissement départemental de la Somme, 25 cas de délire aigu en deux ans : 19 femmes et 6 hommes dont les âges vont de 22 à 49 ans. Ce chiffre est important si on le rapproche des statistiques données par différents auteurs.

D'une manière générale, il s'est agi d'affections primitives ayant débuté peu de temps avant l'internement chez des sujets en bonne santé apparente. Tous ces malades étaient absolument superposables au point de vue clinique. Ils présentaient, en effet, le tableau classique du délire aigu avec confusion, onirisme et agitation, un état général des plus précaires, avec, comme symptôme constant, la langue, les lèvres et les gencives couvertes de fuliginosités et une azotémie variant de 0 gr. 50 à 5 gr. 16. Cependant, 6 malades avaient un chiffre d'urée inférieur à 0 gr. 35. Cinq de ces derniers sont morts rapidement. Un seul a guéri.

Jusqu'au mois de mai 1933, 19 malades ont été observés et traités de façons très diverses. Tandis que chez les uns une thérapeutique anti-infectieuse avait été établie (électrargol), d'autres ont reçu un traitement antichoc (hyposulfite de soude intraveineux à haute dose), d'autres enfin ont été en outre traités par des injections massives de sérum physiologique.

Les résultats ont été décevants, puisque, sur 19 malades, 16 sont morts, deux ont évolué vers un état chronique d'aspect démentiel, un seul a guéri. Encore ce dernier était-il atteint d'encéphalite psychosique alcoolique. Il constitue, d'ailleurs, dans notre statistique, le seul cas de cette affection.

La difficulté du traitement était encore accrue par la rapidité de l'évolution. La plupart des malades sont morts peu de temps après leur entrée, tandis qu'au contraire les trois survivants ont évolué avec une extrême lenteur.

L'imprécision des données étiologiques et pathogéniques, on

peut dire même leur absence, engage, nous l'avons vu plus haut, à varier le plus possible la thérapeutique. Nous n'avons pas échappé à cette tendance ; aussi est-ce un peu par hasard que nous avons établi un traitement bien banal, pourtant, mais qui nous a donné des succès constants depuis que nous l'appliquons.

Le sérum glucosé conseillé par certains auteurs, a été injecté quotidiennement par voie intraveineuse à la dose de 500 cc³. L'un de nous eut l'idée de le chauffer à 45° ou 50°, comme cela se pratique parfois dans les états de choc. Nous avons mis en outre à profit l'action antiseptique générale des sels d'or signalée par quelques auteurs. En même temps le malade a été alimenté après lavage d'estomac et a reçu les toni-cardiaques habituels.

Nous avons ainsi traité six malades exactement semblables à ceux que nous avons signalés plus haut. Trois sont sortis, deux vont sortir et un est en voie d'amélioration et toujours en traitement.

Voici le résumé très succinct de leurs observations, dans lesquelles il n'a pas été fait mention des examens négatifs :

I. — Mo... Maurice, 33 ans, entre le 11 mars 1933 et présente le tableau clinique du délire aigu avec agitation et mauvais état général. Pas d'éthylisme.

T. : 37°5-38° ; Urée : 0,34.

Pendant 10 jours injections intraveineuses quotidiennes d'électrargol. En même temps, crisalbine : dix centigrammes par semaine.

L'état général s'améliore rapidement.

24 mars : malade calme, mange seul, dort bien, un peu confus.

10 avril : amélioration persistante, commence à travailler.

2 juin : sort guéri.

II. — Haut... Charlotte, 28 ans, entre le 28 mars 1933. Syndrome confusionnel avec anxiété.

Présente, le 30 mars, le tableau du délire aigu. Agitation, état général très précaire. T. : 38°5. Urée sanguine : 0,61. Le somnifène aggrave l'état général.

31 mars : injections quotidiennes de 500 cm³ de sérum glucosé chauffé à 40°. Alimentation à la sonde et lavages d'estomac.

Le 4 avril, malade plus calme. Dort. T. : 37°1.

Le 6 avril, on ajoute 0,15 de crisalbine au traitement.

Le 9 avril, la malade s'alimente seule.

Le 13 avril, l'urée est à 0,37, état général meilleur.

Le 14 avril, amélioration considérable de l'état général. Persistance d'anxiété. Cessation du sérum glucosé. Urée : 0,15. La crisalbine est continuée à raison de 15 centigrammes par semaine. L'anxiété disparaît.

Le 29 juillet, la malade sort guérie.

III. — Fail... Simone, 19 ans. Entre une première fois le 20 mai 1933. Etat maniaque avec confusion. Urée : 0,48.

On pratique des injections hebdomadaires de crisalbine. Une amélioration rapide survient.

Le 15 juillet, la malade sort apparemment guérie.

Le 18 juillet, elle revient dans un état d'agitation extrême, remplacé bientôt par un état de stupeur. On reprend la crisalbine.

Le 25 juillet, délire aigu avec état général très mauvais. T. : 40°. Urée sanguine : 1 gr. 05.

Le 29 juillet, commencement des injections intra-veineuses de sérum glucosé chauffé.

Le 31, amélioration de l'état général.

Le 4 août, l'amélioration est telle qu'on cesse le sérum glucosé. La crisalbine est continuée. Il persiste un léger état confusionnel.

Le 24 août, l'état confusionnel a pratiquement disparu. La malade travaille à la lingerie. Urée : 0,20.

Elle sort en décembre.

IV — Le... Emilienne, 25 ans. Entre le 17 septembre 1933; confusion avec agitation ayant débuté 8 jours avant par des idées de persécution.

20 septembre : délire aigu avec état général très grave. T. : 38°2. Urée : 0,54. Commencement du traitement par le sérum glucosé chauffé à la crisalbine, avec huile camphrée, alimentation à la sonde et lavage d'estomac.

21, 22 et 23 septembre : continuation du traitement. L'amélioration de l'état général est rapide et considérable. Cessation du sérum le 23.

Continuation de la crisalbine à raison de 0,10 par semaine.

Le 18 octobre : sortie.

V. — Lan... Amicie, 49 ans, entre le 27 octobre 1933 avec un diagnostic de délire aigu à début brusque. Mauvais état général. T. : 37°6. Urée sanguine : 0,50.

28 octobre : agitation. 500 cm^3 de sérum glucosé chauffé intraveineux et 0,10 de crisalbine, huile camphrée, lavage d'estomac et sonde.

29 octobre : agitation plus violente, continuation du traitement, sauf pour la crisalbine, qui est faite tous les 6 jours.

Le 31 octobre: mange seule mais toujours agitée. Etat général meilleur.

Le 7 novembre : un peu plus calme. T. : 37°.

Le 8 novembre : état général assez bon. Persistance d'une agitation légère. Urée : 0,52. Cessation du sérum glucosé, administration de sel.

Le 15 novembre : amélioration progressive, l'excitation tombe.

22 novembre : Urée sanguine : 0,13. Malade calme.

1er décembre : malade calme et travailleuse. Va sortir.

VI. — Theil... Léon, 32 ans, entre le 8 novembre 1933 en état de délire aigu avec agitation et onirisme ayant débuté 10 jours auparavant. Pas d'éthylisme. Très mauvais état général. T. : 39°. Urée : 0,54.

9 novembre : T. : 39°. Agitation. Début du traitement 500 cm³ intraveineux de sérum glucosé chauffé à 45°, dix centigrammes de crisalbine, alimentation à la sonde après lavage d'estomac, huile camphrée.

10 et 11 novembre : T. : 38°. Etat stationnaire.

12 novembre : T. : 37°5, dix centigrammes de crisalbine qui est continuée tous les cinq jours.

13 et 15 novembre : malade plus calme, commence à s'alimenter seul.

16 novembre : état général meilleur, persistance d'un état subconfusionnel. On cesse le sérum glucosé.

17 au 24 novembre : l'état s'aggrave à nouveau, début d'escarre sacrée. Reprise d'une légère agitation. Urée : 0,34. On reprend le sérum glucosé.

25-29 novembre : l'état général s'améliore rapidement, le malade sort progressivement de son état confusionnel mais reste un peu déprimé, continuation du sérum.

Du 30 novembre au 10 décembre : on continue le sérum chauffé. Urée sanguine : 0,21. S'alimente bien. Légère tendance à l'isolement. La température est au-dessous de 37°.

La première observation n'est pas nettement démonstrative. Le malade a été soigné uniquement par la crisalbine et l'électrargol. Son état général n'était pas précaire comme le fut celui des malades suivants. Enfin son urée sanguine ne dépassait pas 0 gr. 34. Bien que nous ayons eu plusieurs décès avec un chiffre semblable ou inférieur, il n'en constitue pas moins une présomption en faveur de la guérison.

Les autres observations, par contre, concernent des malades dont l'état général était exceptionnellement grave et dont l'urée sanguine était supérieure à 0.50. Dans tous les cas, le décès était attendu comme une évolution imminente. L'influence du traitement se fit sentir presqu'immédiatement par une fermeté plus grande du pouls et par la disparition très rapide des fuliginosités. Ensuite, ce fut la disparition progressive de l'agitation et la reprise de l'alimentation. Les symptômes confusionnels se sont atténués assez vite mais il a persisté, en général, plusieurs semaines, un état subconfusionnel qui a été remplacé chez trois malades (obs. II, IV, VI), par les mêmes symptômes qui avaient marqué le début de l'affection (I, anxiété; IV, idées de persécution ; V, dépression). Enfin, en concordance avec l'amélioration, nous avons noté à plusieurs reprises un abaissement consi-

dérable du chiffre de l'urée sanguine qui, dans un cas, est descendu au-dessous de dix centigrammes (II).

L'interprétation de ces faits est extrêmement délicate. Il nous est tout d'abord difficile de savoir quel a été l'élément actif de notre thérapeutique. Peut-elle même être considérée comme responsable de ces améliorations ? Sinon doit-on simplement tenir pour une simple coïncidence la mortalité constante avant, et absente jusqu'alors, depuis sa mise en œuvre ?

Il serait assez exceptionnel de n'avoir eu, à partir de ce moment, que des délires aigus bénins dans leur évolution bien que graves dans leur tableau clinique.

Aussi, nous nous croyons fondés de penser que notre action a été pour quelque chose dans ce changement. D'ailleurs, l'avenir nous le dira.

Nous nous proposons de serrer les faits de plus près, afin de pouvoir tenter leur interprétation. Ce sera l'objet d'un travail ultérieur.

M. Courtois. — A l'Hôpital Henri Rousselle, j'ai vu passer 125 malades, dont 100 moururent et furent autopsiés par M. Marchand. Nous avons essayé toutes les thérapeutiques. Aucune ne nous a paru avoir plus d'effet que les autres. Nous serons heureux d'essayer celle que les auteurs préconisent. Nous souhaitons qu'elle soit plus efficace. Cependant, le faible taux de l'azotémie de leurs malades nous a surpris. Ils ont eu à faire à des cas bénins, car d'habitude, dans le délire aigu vrai, même lorsqu'il guérit, l'azotémie dépasse 1 gr. et peut atteindre jusqu'à 4 ou 5 gr. en dessous, on a généralement à faire à de la confusion mentale simple.

Ce qui est opportun dans le délire aigu, c'est de soutenir le sujet et surtout de l'hydrater. Il faut l'alimenter et lui donner de l'eau. Le chlorure est contre-indiqué, car il y a rétention du chlore parallèlement à celle de l'urée.

M. Marchand. — Comme le dit M. Courtois, la thérapeutique tentée contre le délire aigu nous a paru très décevante. Nous remercions d'autant plus les auteurs de nous en indiquer une dont ils ont constaté l'efficacité.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
P. Courbon et P. Abély.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 7 Décembre 1933

Présidence : M. Clovis VINCENT.

Les lèsions cérébelleuses et ganglionnaires dans la maladie de Friedreich, par MM. J. LHERMITTE, P. MOLLARET et TRELLES.

Constatation dans un cas typique d'ataxie héréditaire, de lésions profondes des ganglions rachidiens à type inflammatoire, caractérisées par une infiltration lympho-plasmocytaire associée à des dégénérations cellulaires. D'autre part, dans le cervelet : atrophie, disparition de la couche des grains, remplacée par des cellules névrogliques, atrophie volumétrique et numérique des cellules de Purkinje, production de renflements fusiformes des expansions dendritiques des mêmes éléments ; la maladie de Friedreich comporte donc une atteinte cérébelleuse parfois très importante, dont l'origine est double : congénitale et acquise.

Examen anatomo-pathologique d'un cas de myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques associées à des myoclonies squelettiques synchrones, par MM. G. GUILLAIN, R. THUREL et I. BERTRAND.

Observation d'un syndrome myoclonique avec prédominance unilatérale gauche des myoclonies et transformation des myoclonies des membres en mouvements cloniques et tremblement, selon l'attitude et l'état de contraction des muscles.

Anatomiquement, lésions focales et dégénératives multiples, portant toutes sur le système constitué par le faisceau central de la calotte et l'olive bulbaire du côté droit, le noyau dentelé gauche, et les fibres qui réunissent l'olive droite et le noyau dentelé gauche. Parmi ces lésions, les auteurs

font jouer le rôle essentiel aux lésions olivaires et insistent sur l'aspect des lésions, qui aboutissent à un véritable remaniement olivaire et sur leur topographie croisée par rapport au syndrome myoclonique.

Syndrome de Parinaud, myoclonies rythmées vélo-palatines. Etude anatomo-clinique, par MM. Raymond Garcin, Ivan Bertrand et P. Frumusan.

Les auteurs rapportent l'étude anatomo-clinique d'un syndrome de Parinaud et d'un nystagmus du voile du palais, fortuitement associés chez le même malade. Les auteurs soulignent, à l'origine du syndrome de Parinaud, l'existence d'un ramollissement limité unilatéral, préhabénulaire, qui sectionnait les fibres de la commissure blanche postérieure et le faisceau rétro-réflexe de Meynert. Pour ce qui est des myoclonies du voile, les auteurs montrent l'intégrité, ici, du faisceau central de la calotte et l'importance des lésions du système olivo-dentelé prédominant dans ce cas sur les noyaux dentelés du cervelet.

Hémiballismus. Lésion dégénérative du corps de Luys et de la zona incerta. (Etude anatomo-clinique), par Ivan Bertrand et Raymond Garcin.

Les auteurs rapportent l'étude anatomo-clinique d'un cas d'Hémiballismus bien caratérisé (hémichorée avec mouvement athétosiques, hypotonie, troubles mentaux), qui s'accompagna d'œdème de la main du côté atteint. L'autopsie montra, sur un cerveau remarquablement sain par ailleurs, l'existence de lésions dégénératives localisées au corps de Luys et à la zona incerta du côté opposé. Passant en revue les 13 observations anatomiques antérieures, les auteurs soulignent le caractère dégénératif pur de la lésion focale, alors que dans l'immense majorité des cas il s'agissait de lésion hémorragique ou malacique. Cette observation pose à nouveau, à cause de l'œdème de la main, le problème de la régulation sous-thalamique des centres végétatifs chez l'homme ainsi que Karplus et Kreidl l'ont démontré chez l'animal.

Discussion

M. André Thomas se demande si on peut, dans ces cas, garantir l'intégrité du pédoncule cérébelleux supérieur.

M. Lhermitte insiste sur les lésions thalamiques dans la *main succulente* des hémiplégiques.

M. Alajouanine a noté la fréquence des crises d'agitation psycho-motrices dans les syndromes de la région sous-optique.

M. Lhermitte rattache ces crises à des lésions plus précisément localisées au corps de Luys, tandis que M. Van Bogaert précise le caractère de cette agitation : agitation pure, sans catatonie.

Sur un cas de mélanoblastose primitive et diffuse des centres nerveux. Etude anatomo-clinique, par MM. Raymond Garcin, Ivan Bertrand, André Thévenard et R. A. Schwob.

Les auteurs rapportent un cas de mélanoblastose diffuse des méninges, envahissant de proche en proche et le long des vaisseaux la substance grise

qu'elle infiltre presque entièrement, en respectant la substance blanche, qu'elle semble ourler. Cliniquement, le diagnostic fut celui d'une gliomatose cérébrale ou d'une leuco-encéphalite, à cause de l'absence de tout signe d'hypertension intra-cranienne. Aucun nævus pigmenté, aucune lésion de la choroïde oculaire ne pouvait orienter le diagnostic. Rappelant les rares cas connus, les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de pareilles mélanoblastoses et le syndrome hyperalgique observé ici, en rapport avec l'infiltration mélanotique du pulvinar contro-latéral.

La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée. Etude anatomo-clinique d'un type familial, par MM. R. NYSSEN et Ludo VAN BOGAERT (Anvers).

Apparition, chez deux enfants d'une même famille, d'une atrophie optique avec cécité totale, surdité de type central, ataxie cérébello-spasmodique sans tremblement intentionnel et sans symptômes pyramidaux. La vérification anatomique montre chez l'un d'eux la présence d'une dégénérescence du nerf optique, du chiasma, des bandelettes optiques jusqu'au tubercule quadrijumeau antérieur, d'une dégénérescence systématisée des voies cochléaires primaires et secondaires, d'une atrophie bilatérale et symétrique de l'appareil dentelé. Il s'agit donc ici d'une affection hérédo-dégénérative qu'on peut, en raison des données anatomiques, appeler « dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée ».

Forme familiale de l'encéphalite périaxile diffuse (maladie de Schilder). Deux observations cliniques, par M. G. HEUYER, Mlle Claire VOGT et Mme ROUDINESCO.

Observation de deux enfants qui présentèrent, vers 21 mois : 1° des troubles oculaires : strabisme pour le garçon, nystagmus pour la fille ; 2° des troubles de la marche, qui devient de plus en plus difficile ; 3° quelques signes cérébelleux : tremblement intentionnel des mains pour le garçon, nystagmus pour la fille. Puis, à l'âge de 2 ans 1/2, évolution rapide en 4 semaines. Une quadriplégie spasmodique s'installe, accompagnée de crises de contracture tétanique ; en même temps, cris la nuit et le jour, à l'occasion des crises. En quelques jours, disparition complète de la parole et apparition de troubles de la déglutition et de signes laryngés chez les deux enfants. Après cette phase aiguë, l'état se stabilise sous la forme d'une quadriplégie avec crises de rigidité, arriération intellectuelle, atrophie optique. Dans les antécédents, il n'y a eu aucun épisode infectieux ; rien à signaler dans l'hérédité de la famille pendant trois générations. Les parents ont eu 7 enfants dont 2 seulement sont en bonne santé : l'aîné, âgé de 8 ans et le 4e, âgé de 6 ans. Le deuxième enfant est mort à 28 mois d'une maladie de Schilder probable ; le 3e est mort en 4 jours d'une méningite.

Tumeur du 4e ventricule, par M. BARRÉ.

Malade de 41 ans, ayant présenté à l'âge de 20 ans des crises nerveuses d'origine inconnue, sujet à de violentes céphalées occipitales qui vont s'exagérant et s'accompagnaient depuis ces derniers temps, de crises à tendance syncopale débutant par du hoquet, des troubles vestibulaires, du

dérobement des jambes, fourmillement des doigts, pouls lent. L'auteur insiste sur l'absence d'hypertonie et n'a trouvé chez son malade aucun signe pyramidal ni cérébelleux.

Hématome sous-dural chronique post-traumatique. Aspect radiographique, par MM. J. Dereux et A. Hayem (de Lille).

Observation d'un malade atteint d'un hématome sous-dural après un traumatisme cranien peu violent. Cet hématome s'est révélé après un intervalle libre de deux mois. Le malade, opéré, guérit parfaitement. Les auteurs insistent sur l'aspect radiographique particulier de cet hématome et qui fut un précieux signe de localisation. Cet aspect ne semble pas encore avoir été signalé en France.

Un cas de méningiome de l'hémisphère gauche, par M. de Martel.

Présentation d'un malade opéré avec succès d'un volumineux méningiome de l'hémisphère gauche, n'ayant donné lieu cliniquement qu'à des crises épileptiques sans aura, longtemps qualifiées d'essentielles.

Un cas de névralgie du glosso-pharyngien, par MM. Baudoin et Petit-Dutaillis.

Les auteurs insistent particulièrement sur la difficulté du diagnostic différentiel avec la névralgie faciale. Trois signes leur apparaissent comme importants : la douleur pharyngienne, l'otalgie et la sédation momentanée des troubles par l'anesthésie de la base de la langue à la cocaïne.

M. Petit-Dutaillis a opéré par voie endocranienne.

Méningiome de la petite aile du sphénoïde, par MM. P. Puech et G. Loisel.

Les auteurs présentent un malade opéré d'un volumineux méningiome de la petite aile du sphénoïde et insistent :

1° sur le succès opératoire malgré l'état comateux du malade ;

2° sur la forme anatomique particulière de ce méningiome ;

3° sur un symptôme clinique spécial au malade : l'obligation de se mettre à quatre pattes pour avaler.

4° Enfin ils suggèrent que l'épaississement massif et généralisé des os du crâne au cours des processus lents d'hypertension intra-cranienne par un méningiome, pourrait avoir un mécanisme comparable à celui invoqué dans l'apparition de syndromes acromégaliques au cours des tumeurs cérébrales non hypophysaires.

Pierre Mareschal.

Société de Médecine légale de France

Séance du 13 novembre 1933

Président : M. MICHEL

A propos d'un cas atypique de paralysie générale dite traumatique, par M. G. FERDIÈRE.

L'auteur rapporte un cas personnel de paralysie générale survenu après un accident d'auto et *immédiatement ;* il se demande donc s'il n'y aurait pas lieu d'admettre une forme précocissime de l'affection et de ne plus exiger avec les classiques un intervalle libre entre le traumatisme et l'apparition des premiers symptômes ; il soulève rapidement la question du choc émotionnel et des modifications de la tension psychologique ; il rappelle les hypothèses pathogéniques d'Osnato et des auteurs américains et remarque, en terminant, la fréquente coexistence de symptômes tabétiques.

M. Truelle estime que, dans ce cas, le malade était déjà paralytique général avant le traumatisme et que l'accident n'a été qu'une circonstance fortuite ayant fait éclater les manifestations aiguës. Il rejette donc la responsabilité du traumatisme.

Un cas de grand sadisme, par M. LEONIDIO RIBEIRO (de Rio-de-Janeiro).

M. Leonidio Ribeiro rapporte le cas d'un métis ayant commis toute une série de délits et de crimes : vols, escroqueries, abus de confiance, charlatanisme, exercice illégal de la médecine. Neuf fois condamné, il n'en poursuivait pas moins ses méfaits et cherchait à entraîner de jeunes garçons dans des endroits déserts pour se livrer à la pédérastie en menaçant ses victimes d'un couteau. Dans une colonie correctionnelle, il coupa avec une scie de boucher la jambe d'un prisonnier. En l'espace de 6 mois, il commit 2 meurtres sur des garçons qu'il avait attirés dans un bois et qu'il avait étranglés après les avoir mis complètement nus pour les tatouer. Il se disait chargé d'une haute mission et avait tatoué sur sa poitrine « Je suis fils de la lumière ».

L'auteur conclut à un cas de psychopathie constitutionnelle où les obsessions et impulsions sadiques tiennent le premier plan.

FRIBOURG-BLANC.

Séance du 11 décembre 1933

Présidence : M. DUFOUR

« Droit de guérir » et thérapeutique intra-cérébrale, par M. DUCOSTE.

M. Ducosté expose le principe de la thérapeutique, qu'il a instituée par injections intracérébrales de sang paludéen chez les paralytiques généraux. Cette technique est, d'après l'auteur, tout à fait inoffensive, car le cerveau est très tolérant. Elle est logique et rationnelle, car elle supprime la barrière hémo-encéphalique et obvie ainsi à certains insuccès de la malariathérapie par inoculation sous-cutanée ou intraveineuse. Sur 250 paralytiques généraux traités par inoculation intracérébrale, M. Ducosté a obtenu 8/10 de guérison.

La thérapeutique intracérébrale lui paraît, en outre, applicable à d'autres affections nerveuses, en particulier au tétanos.

Aux observations qui pourraient s'élever contre le danger de cette méthode, engageant la responsabilité médicale, M. Ducosté répond que le Médecin a, avant tout, le « devoir de guérir ». La liberté individuelle lui paraît respectable, mais il estime qu'elle ne doit pas se retourner contre l'intérêt du malade.

Un expert peut-il entendre des témoins, par M. DUVOIR.

M. Duvoir discute cette question à propos d'un jugement qui a annulé un rapport d'expertise, en particulier, pour le motif que les experts avaient entendu des témoins. Pour éviter toutes difficultés, il conseille de demander aux témoins indispensables, au lieu d'une déclaration orale, un certificat ou une attestation écrite, qui est communiquée à la partie adverse avant d'être transmise à l'expert par la voie régulière. Cette façon de procéder a l'avantage d'éviter toute discussion ultérieure sur l'expression donnée par l'expert au témoignage recueilli. En outre, elle respecte le secret professionnel lorsqu'il s'agit de témoins, médecins par exemple, qui y sont assujettis, puisque le témoignage est remis à l'intéressé, qui prend donc seul la responsabilité de sa transmission.

M. MAUCLAIRE signale que dans l'affaire à laquelle M. Duvoir fait allusion, les experts avaient cru pouvoir entendre les témoins sans en référer au Tribunal, parce que les avoués des deux parties, qui étaient présents, avaient eux-mêmes consenti à cette audition des témoins.

M. HUGUENEY reconnaît que la jurisprudence en la matière manque de clarté. Il estime que l'expert pent entendre des témoins, mais à titre accessoire seulement, et que les témoignages recueillis ne doivent pas prendre la place principale dans l'expertise. Dans cet esprit, l'expert n'a pas le droit de recueillir des témoignages écrits et d'en faire état.

Quant à la question du secret professionnel, M. Hugueney pense que parfois les juges tolèrent que l'expert recueille certaines confidences des témoins que l'instruction judiciaire n'aurait pas révélées. Les juges obtiennent ainsi, par voie indirecte, des renseignements secrets. Mais ce procédé doit être réprouvé.

Un expert peut-il s'adjoindre un spécialiste ? par M. Duvoir.

M. Duvoir discute cette question à propos d'un jugement qui a annulé un rapport d'expertise, en particulier pour le motif que les experts commis s'étaient adjoint un spécialiste, alors qu'ils n'y avaient pas été formellement autorisés. Il arrive à cette conclusion que cette adjonction ne saurait être critiquée si les experts commis limitent l'action du spécialiste à l'indication des renseignements techniques et des constatations cliniques indispensables à l'accomplissement de leur mission et lui interdisent toute intervention dans la discussion qui servira de base aux réponses qu'ils donneront aux questions posées. Il sera, en outre, toujours prudent de demander aux Parties l'attestation écrite de leur accord sur l'adjonction et la désignation du spéeialiste et de choisir ce dernier sur la liste des experts.

M. Mauclaire déelare qu'il ignorait que le spéeialiste consulté avait négligé de signer le rapport avec les experts.

M. Hugueney estime que l'auxiliaire d'expert, dénommé « sapiteur », ne peut jouer qu'un rôle secondaire dans l'expertise.

Traumatisme et perversite acquise, par R. Benon.

L'auteur rappelant sa précédente communication du 13 février 1933 à la Société de Médecine légale, précise que, dans son esprit, il existe bien une perversité acquise post-traumatique. Il ne s'agit pas là d'une perversité eongénitale ni d'une perversité constitutionnelle aggravée par le traumatisme. Cette perversité acquise est très rare. Elle ne doit pas être confondue avec les troubles de l'émotivité qui accompagnent si souvent l'asthénie chronique, séquelle post-traumatique très fréquente.

M. Benon fait observer que les principes moraux s'opposent à ce que la perversité post-traumatique entraîne le bénéfice d'une indemnisation.

Fribourg-Blanc.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 Novembre 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Réflexe palato et linguolabial, par MM. Divry et Evrard.

Les auteurs ont étudié comparativement chez le chat décérébré et en pathologie humaine, les réflexes labiaux ou maxillaires qui se produisent par excitation de la voûte palatine, de la langue ou de la lèvre supérieure, c'est-à-dire les réflexes palato-labial ou palato-maxillaire, linguo-labial ou linguo-maxillaire, et buccal. Ces réflexes ont été étudiés chez l'homme, sous les noms de « réflexe du palais osseux » (Hennebert), réflexe linguo-mentonnier (Cornil, Epstein), réflexe buccal (Toulouse et Vurpas).

Les auteurs arrivent à la conclusion que des aspects des réflexes palato-labial, linguo-labial et buccal, du chat décérébré, se retrouvent chez l'homme. Il n'existe cependant aucun parallélisme entre ces différents réflexes qui n'ont pu être mis en évidence que d'une manière très irrégulière dans les diverses catégories de malades. Le réflexe buccal est le plus fréquent. Leur utilisation pratique est encore difficile à préciser.

Au sujet de leur signification physiologique, les auteurs se rallient au point de vue d'Hennebert : il s'agirait de réflexes rudimentaires de succion. Ces réflexes diminuent et disparaissent au cours du développement ; ils réapparaissent dans certaines lésions de l'écorce. Leur mécanisme, bulbo-protubérantiel comme chez le chat décérébré, serait inhibé normalement par le cortex.

Troubles psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés, par MM. G. Vermeylen et Ch. Fontaine.

Présentation de deux malades entrées à la clinique psychiatrique, l'une pour dépression mélancolique, l'autre pour crise maniaque. Leurs troubles mentaux n'ont aucun caractère paralytique. Elles se présentent comme des cyclothymiques. L'examen somatique montre des troubles pupillaires, mais pas de dysarthrie.

Le liquide céphalo-rachidien est entièrement normal pour la première malade, et ne présente qu'une légère lymphocytose chez la seconde. Les réactions de Bordet-Wassermann sont négatives. Par contre, dans le sang, ces réactions sont légèrement positive pour la première, et franchement positive pour la seconde.

L'anamnèse révèle que ces deux malades ont subi une cure malarique pour paralysie générale classique, la première en 1929, la seconde il y a 10 mois, et ont été apparemment guéries. Elles n'avaient présenté aucune tendance dépressive ou maniaque avant leur paralysie générale, et leur hérédité est saine.

Les auteurs rappellent les travaux antérieurs de l'un d'eux sur le même sujet, et montrent les divers problèmes que posent ces cas de troubles psychosiques, survenant parfois longtemps après la malarisation, même lorsque les résultats humoraux ont été excellents. Les modifications cérébrales dues à la paralysie générale sont-elles capables de réveiller une constitution latente, ou créent-elles de toutes pièces les conditions nécessaires à l'éclosion des troubles psychosiques ? C'est vraisemblablement la seconde hypothèse qui est la vraie, et de tels faits montrent l'importance que peuvent avoir les facteurs organiques en pathologie mentale.

Démence progressive chez un sujet jeune,

par MM. G. Vermeylen, H. Baonville, J. Heernu, J. Ley et J. Titeca.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, qui présente des troubles mentaux assez difficiles à rattacher aux grands syndromes connus. Le début de l'affection remonte à 3 ans. Le malade présenta d'abord des troubles légers de la mémoire et de l'orientation, avec affaiblissement intellectuel, diminution de l'affectivité, bizarreries dans les actes.

Actuellement, la déchéance intellectuelle est profonde, l'indifférence affective très importante ; il existe de la boulimie, un besoin continuel de mouvement, s'accompagnant d'impulsions motrices et verbales. Cependant, ce sont les troubles de l'*attention* qui paraissent dominer le tableau clinique, mais ils présentent une forme particulière, caractérisée par le fait que les *stimulations* arrivent souvent à améliorer momentanément l'attention du malade.

Les examens somatique et neurologique ne révèlent rien de particulier. La ventriculographie met en évidence une hydrocéphalie interne assez importante. Le sang est normal.

L'examen du liquide céphalo-rachidien dénote une légère réaction méningée : légère lymphocytose, sans aucune autre altération du liquide.

Il s'agit donc d'une démence progressive, à évolution rapide, apparue chez un sujet relativement jeune, sans antécédents pathologiques.

Les auteurs écartent les diagnostics de paralysie générale, de tumeur cérébrale et de démence précoce. Le tableau clinique présente certaines analogies avec celui de la maladie d'Alzheimer-Pick, mais le syndrome aphasique fait complètement défaut. Du point de vue physio-pathologique, sans pouvoir ranger ce curieux cas dans une catégorie précise, les auteurs songent à une atrophie corticale symétrique des lobes préfrontaux, lésion qui expliquerait le mieux l'ensemble des symptômes observés chez ce malade.

J. Ley.

Société Belge de Neurologie

Séance du 25 Novembre 1933

Présidence : M. BREMER, président

Calcifications intra-cérébrales en dehors des tumeurs,

par MM. DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU.

Les auteurs reprennent après Schüller, Ström, Löw-Beer, la question des calcifications intracraniennes dites physiologiques. Si l'on peut considérer comme normales celles de l'épiphyse, le fait est plus douteux pour les calcifications des plexus choroïdiens. Dans 4 cas où ces calcifications étaient très visibles, il existait des troubles divers : hémiparésie passagère avec céphalée et vomissements ; crises d'épilepsie ; céphalées intenses et continues qu'il était difficile de rattacher à une cause précise. Il n'est donc nullement démontré que les calcifications choroïdiennes soient indifférentes. En ce qui concerne celles de la faulx du cerveau, un cas des auteurs vient à l'appui de la thèse de Löw-Beer d'après laquelle une calcification en demi-fuseau serait pathologique.

Enfin, les auteurs rapportent l'observation d'une jeune fille qui présentait des crises jacksoniennes gauches et avec engorgement veineux rétinien à droite; la radiographie montrait de petits amas de calcifications dans la région temporo-occipitale. L'intervention chirurgicale ne permit de découvrir qu'une adhérence calcifiée entre la dure-mère et le cerveau. Les crises disparurent après l'intervention pour reparaître après un traumatisme.

Les syndromes hypophysaires en clinique, par M. HOET.

Etude basée sur l'examen complet de nombreux cas personnels. Les symptômes d'insuffisance hypophysaire peuvent être groupés en trois classes principales: 1° insuffisance de l'hormone de croissance, entraînant un état cachectique : symptôme infundibulo-tubérien ; 2° symptôme d'insuffisance de l'hormone gonadotrope ; 3° symptôme d'insuffisance de l'hormone thyréotrope.

C'est la question de la déficience de l'hormone thyréotrope qui est principalement envisagée dans cette communication, et son étude a conduit l'auteur à élargir le cadre de la maladie de Simmonds.

Il existe un syndrome endocrinien avec gros abaissement du métabolisme basal, et qui se différencie nettement du myxœdème classique. L'emploi d'une préparation opothérapique standardisée d'hormone thyréotrope se

montre très efficace. Le relèvement du métabolisme et l'augmentation de l'excrétion d'urée, témoignent de son action thérapeutique.

Injectée à l'animal, cette hormone thyréotrope détermine un syndrome de Basedow expérimental.

L'auteur termine par la présentation d'une malade atteinte de cette forme d'insuffisance endocrinienne, et déjà en voie d'amélioration.

Etude anatomo-clinique d'un état de rigidité unilatérale progressive avec choréoathétose et paroxysme de torsion autour de l'axe longitudinal, par MM. BOUCHÉ et L. VAN BOGAERT.

L'histoire clinique du sujet peut se résumer comme suit : à l'âge de 8 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Après quelques semaines, raideur du côté gauche, ayant débuté par le pied, et s'étant transformée progressivement en une hémiplégie spastique. A l'âge de 15 ans, apparition de contractions spasmodiques douloureuses du côté malade, survenant par crises, sans caractère épileptiforme, mais suivies de grande fatigue. Crises quotidiennes, précédées d'une aura caractérisée par une sensation de malaise général. La jambe se tord et se met en abduction, le pied en équinisme ; la crise s'accompagne de salivation. Ces spasmes de torsion s'étendent parfois au côté droit. Le signe de Babinski existe à droite ; à gauche, il ne peut être mis en évidence à cause de la contracture. L'articulation de la parole est troublée; les réflexes vaso-moteurs sont très vifs. La sensibilité est normale.

A l'âge de 21 ans, le malade fait un épisode sub-fébrile, sans symptômes objectifs du côté du cœur, et au cours duquel il se produit une embolie du foie. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien ne révèlent rien d'anormal. Un an après, la fièvre reprend ; il existe de l'anémie avec hyperleucocytose et éosinophilie, des signes objectifs d'une endocardite évolutive. Le décès se produit en hyperthermie après quelques mois.

Autopsie : pas de lésions cérébrales macroscopiquement visibles. Le cerveau a été coupé en série. Sur une coupe passant par la commissure grise de Forel, apparaît une atrophie du segment interne du pallidum droit, débordant sur la partie externe du corps de Luys. Il s'agit d'une atrophie élective; celle qui atteint le corps de Luys est secondaire.

Du côté gauche : mêmes lésions, mais à l'état d'ébauche. Dans tout le cerveau, on note la présence de petits nodules gliaux correspondant à un processus d'encéphalite diffuse.

Il s'agit en somme d'un cas de maladie d'Osler avec symptômes cardiaques tardifs. Cette affection s'accompagne souvent d'une encéphalite diffuse sans symptômes neurologiques.

Cette observation est intéressante :

1° parce qu'elle montre que dans les cas de ce genre on doit songer à l'endocardite, même en dehors de signes cardiaques objectifs ;

2° parce qu'elle démontre une atrophie élective pallido-luysienne hétérolatérale, à la base du syndrome neurologique.

Spasme de torsion avec rémissions, par M. A. LEY.

Présentation d'un malade atteint d'un spasme de torsion douloureux de la tête et du tronc vers la gauche. Le début remonte à 1927, sans cause

apparente. L'hérédité est normale ; il n'existait chez le sujet aucune tare névropathique. Une intervention chirurgicale sur les nerfs de la région (section de plusieurs racines), ne donne qu'une amélioration passagère.

Des abus médicamentaux ont abouti, en 1930, à une période de confusion mentale toxique avec hallucinations, qui nécessita le placement dans une clinique psychiatrique. A la suite du choc émotif ressenti par le malade au sortir de sa crise confusionnelle, il fait une première rémission à peu près complète des mouvements spasmodiques dont il souffrait. Cette rémission dure quinze jours, puis les spasmes réapparaissent, aussi intenses qu'auparavant.

En 1933, nouveau choc émotif, causé par le décès de son père, auquel il était très attaché. Le malade fait une nouvelle rémission complète de ses troubles spasmodiques, qui, cette fois, dure un mois. L'organicité des troubles neurologiques dont souffre ce malade ne paraît pas faire de doute, et il est intéressant de noter les modifications qu'ils peuvent présenter sous des influences purement psychologiques.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEUROLOGIE

Traité de Physiologie normale et pathologique, publié sous la direction de MM. G.-H. Roger et Léon Binet, **Tome IX. Système nerveux** (*Première partie*) (1 vol. in-8°, 566 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1933).

Ce premier volume, consacré à la physiologie nerveuse, était très attendu. Ainsi que l'écrit, dans la préface de ce traité, le *professeur G.-H. Roger,* la distinction qu'on avait voulu établir autrefois entre la Psychologie et la Physiologie, est « artificielle et illusoire ». La Psychologie doit être considérée comme une branche de la Physiologie. Elle a réalisé des progrès considérables depuis que, renonçant aux dissertations métaphysiques, elle a utilisé des méthodes précises d'investigation, qu'elle a étudié les manifestations psychiques des animaux, qu'elle a collaboré avec la Psychiatrie et qu'elle a su tirer parti des études anatomo-cliniques.

Dans ce volume, *M. Jean Verne* étudie l'évolution de la fonction nerveuse et de son substratum cellulaire, la morphologie externe et l'histophysiologie du neurone, ses rapports avec le milieu interne et les éléments névrogliques, la signification fonctionnelle de ses constituants ; *M. E. Couvreur,* la dégénérescence wallérienne et la restauration nerveuse ; *M. Ivan Bertrand,* les produits de désintégration nerveuse, produits dégénératifs, cellules vectrices, voies d'élimination périvasculaires et aberrantes : il conclut qu'il n'existe pas de formule histologique, pathognomonique d'une affection donnée. L'étude des processus de désintégration peut donner une forte présomption sur la nature de l'affection, mais le diagnostic histologique ne saurait être absolu et doit être constamment appuyé sur l'examen clinique antérieur et les recherches biologiques pratiquées pendant la vie du malade.

Dans un chapitre intitulé « Nerfs et Réflexes », *MM. Cardot et Laugier* exposent les caractéristiques structurales du système nerveux, le fonctionnement du neurone, l'excitabilité nerveuse et la conductibilité, les lois et les caractéristiques des réflexes régis par les centres inférieurs, des réflexes conditionnés et des phénomènes d'inhibition. *M. G. Bohn* s'attache à l'étude des théories de J. Loeb, de Small, de Jennings, de Rabaud sur les tropismes et à montrer l'intérêt que peut avoir la connaissance du mécanisme des tropismes pour la compréhension des actes psychiques les plus compliqués.

M. J. Lévy-Valensi, étudiant la sensibilité et la motricité dont il rappelle les modalités et les voies, conclut que l'acte le plus volontaire est, au demeurant, la traduction motrice d'une sensation plus ou moins lointaine, plus ou moins intellectualisée, et que, en dernière analyse, dans tous les domaines de son activité, si l'homme s'agite, c'est sa sensibilité qui le mène.

Le problème des localisations cérébrales corticales, est abordé par *MM. Th. Alajouanine* et *L. Cornil,* à la fois par les méthodes morphologiques et par les méthodes physiologiques. Des données nouvelles de la cytoarchitectonie et de multiples faits expérimentaux, souvent contradictoires, ils déduisent, en particulier, que les localisations sont avant tout des localisations de fonctions. Plus la fonction nécessite des mécanismes associatifs élevés, moins elle comporte une localisation précise. Et, s'il est permis actuellement de parler de localisations motrices ou sensorielles, on ne saurait parler de localisations psychiques. Pour les processus psychiques supérieurs, pour la régulation psychique, il n'y a pas d'exemple probant de localisation. Il n'est pas même démontré que la région préfrontale joue un rôle dans le mécanisme associatif.

En un chapitre très clair et très complet, *M. Jean Lhermitte* résume les données actuelles sur la physiologie des ganglions centraux, corps striés, couche optique et formations sous-thalamiques, insistant en particulier sur la constance et l'importance des troubles psychiques dès le début de l'éclosion du syndrome luysien. L'étude de la circulation cérébrale par *MM. Léon Binet et Pierre Gley,* du syndrome convulsif, de son étiologie et de sa pathogénie par *M. Ch. Richet fils,* du sommeil et des phénomènes physiologiques concomitants par *M. R. Legendre,* une étude biochimique de l'anesthésie générale par *M. Maurice Nicloux* terminent le premier volume. Le second volume, consacré à la physiologie nerveuse (tome X du *Traité de physiologie normale et pathologique*), paraîtra vraisemblablement au cours de l'année 1933.

René Charpentier.

Anatomie et Physiologie cliniques du système nerveux central, par le Dr B. Conos, chef du service des maladies nerveuses et mentales des Hôpitaux Grecs d'Istanbul. *Préface* du professeur Henri Claude, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine (1 vol. in-8°, 192 pages, Norbert Maloine, édit., Paris, 1933).

Ce livre contient vingt-trois conférences faites de 1915 à 1918 par le *Dr B. Conos.* Ces conférences, qu'accompagnent 65 figures, pour la plupart originales, se proposent un but essentiellement pratique et sont présentées sous une forme schématique. Elles tendent à faciliter aux étudiants l'étude du système nerveux central en même temps que de sa physiologie et de sa pathologie, suivant une méthode que l'auteur rattache à la méthode Berlitz d'enseignement des langues vivantes. Ce livre, écrit dans la Préface le *Professeur Henri Claude,* « constitue une mise au point tout à fait moderne de l'anatomie et de la physiologie pathologique des centres nerveux ».

Dans un certain nombre de conférences, l'auteur annonce son intention de revenir sur la question avec plus de détails. Ces questions ont fait l'objet de conférences ultérieures qui figureront dans un volume actuellement en préparation, et qui doit paraître prochainement.

R. C.

L'Epiphyse (Glande Pinéale). Etude embryologique, histo-physiologique et anatomo-clinique, par le Dr Jean CALVET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse. *Préface* du Professeur Christian CHAMPY. (1 vol. in-8°, 150 pages, 63 figures, J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1933).

Ce travail du laboratoire d'Histologie et de la station d'Histologie expérimentale de la Faculté de Médecine de Paris, est consacré à l'étude d'un organe peu connu. Les travaux des divers auteurs sont loin d'être concordants et M. J. Calvet apporte ici, avec une bibliographie considérable et complète, les résultats de ses recherches personnelles, histologiques, physiologiques et chirurgicales. C'est en abordant l'étude des relations entre les glandes génitales et les divers phénomènes de croissance que l'auteur a été retenu particulièrement par le rôle de l'épiphyse.

L'embryologie et l'anatomie comparée montrent le lien qui rattache la glande épiphysaire des mammifères à l'œil pinéal des inférieurs. Leur origine presque commune, une sorte de balancement faisant que l'un se développe énormément alors que l'autre régresse, tendent à les faire considérer comme présentant une fonction analogue. Pour M. Calvet, la glande épiphysaire est bien un organe glandulaire, formé de cellules névrogliques différenciées vers une fonction sécrétoire. Le gonflement du cytoplasme, la présence du chondriome, du vacuome, de nombreuses enclaves, de grains pigmentaires qui semblent montrer la voie d'élimination, plaident en faveur d'une sécrétion hormonale.

Les insuccès de l'épiphysectomie et les cas de macrogénitosomie précoce sans tumeur pinéale ne permettent guère de considérer l'épiphyse comme une glande endocrine ordinaire, mais plutôt comme une glande particulière, possédant une action particulière, frénatrice, sur le développement des organes sexuels et dont les relations, particulièrement importantes, avec le système nerveux central, nous échappent.

De nouvelles expériences, actuellement en cours, sur de grands mammifères, seront prochainement publiées par M. J. Calvet. Mais l'activité des extraits épiphysaires est inconstante et il est bien difficile d'isoler l'hormone active de la glande pinéale, car nous ne connaissons pas l'endroit où se déverse la sécrétion, sang ou liquide céphalo-rachidien, dont l'activité ne semble pas non plus constante. Les travaux de M. Calvet apportent une importante contribution à l'étude de ce délicat problème.

René CHARPENTIER.

Les arachnoïdites spinales adhésives, par les Drs Dem. PAULIAN, agrégé de neurologie à la Faculté de Médecine de Bucarest et D. TURNESCO, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°, 96 pages, avec 8 planches hors texte. Masson et Cie, édit., Paris, 1933).

Il s'agit d'un syndrome nerveux complexe, en même temps radiculaire et médullaire, dont le caractère clinique essentiel paraît être une grande variabilité des symptômes, non seulement d'un malade à l'autre, mais encore d'un moment à l'autre de son évolution chez le même malade, syndrome en rapport avec l'existence d'une lésion inflammatoire, en général atténuée, mais progressive, des méninges molles rachidiennes, aboutissant au blocage partiel ou total de l'espace sous-arachnoïdien.

Ces arachnoïdites qui, dans l'esprit des auteurs, sont destinées à remplacer en partie la conception des leptoméningites et des pachyméningites spi-

nales, n'offrent pas de manifestations qui leur soient propres. Leur séméiologie à début insidieux est entièrement bâtie avec une symptomatologie d'emprunt, dont le caractère fugace, inconstant et variable, est peut-être le plus frappant. Leur diagnostic, dans la plupart des cas, ne repose que sur des nuances. Les principaux éléments en sont la grande variabilité des symptômes et, en particulier, des troubles de la sensibilité, les conclusions tirées de l'examen du liquide céphalo-rachidien et de la perméabilité méningée, du lipiodiagnostic.

On rencontre ces arachnoïdites à tout âge, mais plus fréquemment chez les sujets jeunes, à peu près également dans les deux sexes. Leur évolution est lente, discordante, et correspond à deux étapes : l'une, de radiculo-myélite, l'autre de myélite marginale scléreuse.

Le pronostic doit être réservé, les formes limitées étant, en général, plus sévères que les formes diffuses. Le traitement sera médical dans les formes frustes (agents physiques, diathermie, rayons X, injections de lipiodol) et chirurgical dans les formes circonscrites. Pour MM. Dem. Paulian et D. Turnesco, le résultat opératoire donnerait 45 0/0 de guérisons et 20 0/0 d'améliorations notables.

Cette intéressante monographie est illustrée de 8 planches donnant les aspects radiologiques des arachnoïdites spinales adhésives, après injection intra-rachidienne de lipiodol.

René Charpentier.

THÉRAPEUTIQUE

La pyrétothérapie en neuropsychiatrie (Piretoteràpia en neuropsiquiatria), par B. Rodriguez Arias et J. Pons-Balmes. 1 vol., 52 pages. *Monografies Médiques*, n° 61, Barcelone, 1932.

Ce petit manuel est un excellent guide, plus utile au neuropsychiatre qu'au praticien non spécialisé. Les indications cliniques sont énumérées sommairement, mais les procédés pyrétothérapiques sont exposés avec tous les détails désirables. Pour le paludisme expérimental, les auteurs décrivent l'inoculation par les anophèles, par le sang de malarisé, spontanément ou artificiellement, injecté directement ou conservé et modifié. Les voies d'introduction sont ensuite discutées : intradermique ou par scarification, sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, intracérébrale ou intraventriculaire. L'évolution, les incidents, la guérison sont décrits et complétés par des graphiques. De la malaria découlent les traitements par les fièvres récurrentes, le sodoku, la diathermie, la radiothermie, les bains chauds. Les autres procédés pyrétogènes qui ont fait leur preuve sont la tuberculine, le nucléinate de soude, l'abcès de fixation, la peptone, le phlogetan, la sulfosin, le pyrifer, le vaccin antityphique, les saprovitans, le dmelcos, etc... On voit que rien d'essentiel n'a été oublié. Cette monographie, technique avant tout, donne pour chaque procédé les indications de doses et des renseignements précieux tirés de la confrontation entre les arguments des pionniers de la pyrétothérapie et ceux des tout-derniers expérimentateurs.

P. Carrette.

Etude et traitement de la méningite tuberculeuse, par Thérèse A. Jousset, *Préface* du Dr André Jousset, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux. (1 vol. in-8°, 152 pages, avec 10 figures et des graphiques. Masson et Cie, édit., Paris, 1933).

Ce livre est d'abord une remarquable mise au point de la question, basée sur l'étude de 225 cas de méningite tuberculeuse. Une première partie est consacrée à l'étude étiologique et clinique de ces observations. La seconde partie traite du liquide céphalo-rachidien, dont l'étude, pivot du diagnostic, doit être faite avec une technique rigoureuse et avec une longue patience. Mlle Thérèse Jousset s'attache à montrer la supériorité de la bacilloscopie sur l'inoculation pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse. La cytologie n'a qu'une valeur accessoire, sauf pour le pronostic, et des bacilles authentiques de culture peuvent ne pas être pathogènes pour le cobaye.

Dans une troisième partie, consacrée à des recherches expérimentales, comportant, en plusieurs années, le sacrifice de plusieurs centaines d'animaux, l'auteur a pu suivre les étapes tissulaires de l'affection. Elle conclut formellement que la mort, dans cette affection, jusqu'ici considérée comme fatale, est due à des lésions nécrotiques bulbaires, dont la rapidité est insoupçonnée. D'où la nécessité d'un traitement précoce, hâtif, précédant au besoin la ponction lombaire, difficilement admise parfois et dont les retards peuvent être funestes. Le traitement est destiné à prévenir cette destruction.

Ce traitement est l'objet de la quatrième partie dans laquelle l'auteur apporte quinze cas de guérison de méningites tuberculeuses, guérisons confirmées par l'épreuve du temps de cas ayant tous la confirmation bactériologique. Ces guérisons ont été obtenues par l'*allergine* d'André Jousset, la seule des substances thérapeutiques connues qui soit capable, en stimulant les foyers tuberculeux, de leur faire libérer l'antigène provocateur des anticorps chargés de la protection de l'organisme. Sans doute, la proportion de succès (6 0/0) est-elle très faible, mais ne serait-ce pas déjà beaucoup que d'avoir démontré la curabilité de cette localisation, jusqu'ici considérée comme incurable ? Telle est l'importante conclusion qui se dégage des travaux et des observations de M. André Jousset et de Mlle Thérèse Jousset.

René Charpentier.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Les rapports entre la psychologie et la psychiatrie. (Rapport présenté au XIe Congrès de la Soc. roumaine de Psychiatrie, Neureulogie, Psychologie et Endocrinologie par le Dr Grégoire Odobesco). 64 pages.

La pensée spontanée et la conscience sont soumises à des lois dont la pensée scientifique ne saurait s'émanciper si l'on doit sauvegarder l'unité de la vie de l'esprit. La différenciation croissante impose des exigences parallèles de synthèse. Cette opinion de Höffding autorise l'auteur à affir-

mer que l'analyse et la synthèse étant naturelles, toute vraie activité scientifique doit les combiner judicieusement. Autrement, toute spécialisation excessive, qui de simple moyen se transforme en but, conduisant au rétrécissement de l'horizon et à l'isolement de son propre objet d'étude dans le milieu où il se trouve, ainsi que toute généralisation hâtive qui ne touche qu'à la surface sans pénétration bien profonde, constituent des erreurs également regrettables.

Voilà pourquoi la division des sciences réclamée impérieusement par leur développement, doit être regardée tout simplement comme une méthode de travail, mais non comme un but, car l'émancipation complète de n'importe quelle science est inconcevable et même impossible, vu les connexions multiples et l'interpénétration réciproque des différentes sciences.

Plus qu'aux autres sciences, ces considérations s'appliquent à la psychologie et à la psychiatrie, dont l'objet est le même : la vie psychique et dont l'origine est commune : la philosophie. Ce qui les sépare, c'est leur point de vue différent quand il s'agit d'envisager la vie psychique : la psychiatrie l'envisage sous l'angle pratique, ayant comme but principal le traitement des troubles psychiques ; tandis que la psychologie poursuit la connaissance des lois générales de la vie spirituelle. Leur séparation est toute récente et se confond avec leur émancipation : de la philosophie, de la sociologie, etc., pour la psychologie, au siècle dernier, et de la médecine, pour la psychiatrie il y a quelques dizaines d'années. Cette séparation a été déterminée par la précision de leurs objectifs, l'enrichissement de leurs acquisitions et l'extension progressive de leur domaine ; mais la nécessité de leurs relations soutenues n'en devient pas moins impérieuse. Car c'est seulement en connaissant la vie psychique sous tous ses aspects que la psychologie peut parvenir à connaître ses lois générales, et d'autre part, la psychiatrie ne saurait se borner à devenir un simple métier pratique et empirique qui peut se permettre d'ignorer l'aspect normal des fonctions psychiques, non encore troublées par la maladie, c'est-à-dire le fond même sur lequel les troubles prennent naissance : cela lui ôterait la possibilité d'utiliser les ressources que lui fournit la biologie.

Dans une revue éclectique et objective, l'auteur examine les fonctions psycho-intellectuelles sous tous leurs aspects afin de démontrer le passage du normal au pathologique (dont les limites de séparation sont d'ailleurs tout à fait conventionnelles), le fond normal du pathologique et le prolongement de l'une des deux sciences dans l'autre. Il conclut que, vu le fond nettement biologique des deux sciences, et le but pratique de la psychiatrie, la forme qui lui conviendrait le mieux serait, non une psychologie spéculative, mais une psychologie phénoméniste ou scientifique (qui a guidé aussi l'exposé de l'auteur).

D'autre part, de l'étude analytique et synthétique des phénomènes psychiques, il ressort que les relations des deux sciences sont indispensables à leur progrès, étant donné que malgré leur appui réciproque et celui des autres sciences, elles sont encore très loin de pouvoir résoudre les grands problèmes de la vie psychique. Pour atteindre ce but, les hypothèses ne doivent pas être dédaignées, car selon Ch. Richet et Tanzi, « il y a beaucoup de faits illusoires, tandis qu'il y a des hypothèses qui se vérifient ».

Gabriel Padéano.

Eréthizophrénie et Kolyphrénie. Conception physiologique des types psychologiques et leurs relations en psychopathologie (Erethizophrenia and Kolyphrenia. A Psysiological Conception of Psychological Types and Their Relation in Psychopathology), par J. Ramsay Hunt. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 3, pp. 476-492, novembre 1932.

Les deux termes d'éréthizophrénie et de kolyphrénie désignent des formes opposées d'activité cérébrale pathologique. La première est l'exagération de l'excitabilité corticale et la seconde l'inhibition de cette même propriété. Elles constituent une des caractéristiques des deux états inverses de la psychose maniaque-dépressive. Les modifications de la psycho-motricité dans un sens ou dans l'autre se conçoivent difficilément, sans modifications de la cellule cérébrale. De quel ordre sont-elles ? — S'agit-il de changements dans l'activité cellulaire, mécaniques et par conséquent physiologiques ? — Doit-on les attribuer à quelque intervention de substances élaborées par les glandes à sécrétion interne ? — Ramsay Hunt penche pour cette dernière hypothèse. Il croit à l'importance primordiale des interréactions d'hormones et rappelle l'exemple des contrastes psychologiques observés dans les états d'hyper et d'hypo-activité thyroïdiennes.

P. Carrette.

La génèse des troubles du caractère chez l'enfant, par P. Male. *L'Evolution Psychiatrique*, 2e série ; n° 3, 1932, pp. 38-56.

Les troubles du caractère chez l'enfant forment la base des états psychopathiques de l'adulte. Male distingue, en allant des manifestations les plus simples aux plus complexes : 1° des troubles indifférenciés dont l'instabilité est le plus banal ; l'enfant est instable par débilité motrice, pyramidale, cérébelleuse, dystonique ou choréiforme. L'instabilité s'associe plus ou moins à l'émotivité anormale, soit démonstrative, soit inhibitrice ; 2° des troubles différenciés, tels que l'asthénie, la chétivité, cet ensemble qu'on relie à l'hérédité comitiale sous le nom d'épileptoïdie, les tendances mythomaniaques, tous états qui dépendent de dérèglements viscéraux, d'insuffisances glandulaires et d'erreurs du développement affectif entretenues dans le milieu familial et à l'école ; 3° des troubles fixés par organisation, adaptation vis-à-vis des perturbations anatomiques, physiologiques et psychologiques précédemment signalées. Ainsi s'installe le myxœdème, la schizoïdie, les dispositions paranoïaques. Il importe enfin de préciser le rôle de l'hérédité. En dehors des états vésaniques évidents, un terrain défectueux favorise l'éclosion d'habitudes vicieuses par une mauvaise hygiène physique et mentale.

P. Carrette.

L'interprétation des formes de Rorschach chez les psychopathes adultes et les enfants psychopathes et débiles (Der Rorschachsche Formendeteversuch bei erwachsenen Psychopathen sowie psychopathischen und schwachsinnigen Kindern), par F. Dubitscher (de Chemnitz). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1932, tome CXLII, p. 129 à 158.

Recherches statistiques sur l'épreuve de Rorschach portant sur 100 adultes et 50 enfants anormaux, dont les psychogrammes et les morphogrammes ont été établis. Les relations des résultats obtenus par les tests avec les types morphologiques paraissent à l'auteur très inconstants.

Henri Ey.

La loi dite d'anticipation dans les maladies mentales (The socalled Law of Anticipation in Mental Disease). par Arthur S. PATERSON. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. t. XIII, nº 51, pp. 193-210, janvier 1933.

Les arguments fournis par Morel dans son traité des dégénérescences en faveur de la précession héréditaire des maladies mentales ont été confirmés par Mott. L'éclosion du trouble psychique survient à un âge plus bas à chaque génération. Paterson vérifie cette théorie pour des cas de schizophrénie, de psychose maniaque-dépressive, d'épilepsie. Automatiquement la sélection devrait s'opérer et les descendants disparaître, si cette loi avait une valeur absolue, mais dans l'examen des collatéraux la proportion décroissante cesse à partir du troisième enfant. Par ailleurs on connaît des maladies à éclosion capricieuse et que l'on peut suivre à travers de nombreuses générations.

P. CARRETTE.

Une hallucination de Gœthe (Eine Halluzination Gœthe), par E. MENNINGER-LERCHENTHAL (de Tull bei Wien). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.* 1932, tome CXL, p. 486 à 496.

L'auteur reproduit le court passage de « Dichtung und Wahreit », où Gœthe raconte sa visite d'adieux à Frédérique von Sesenhein. Il était à cheval après avoir quitté la dame et se vit soudain « non pas avec les yeux du corps, mais avec ceux de l'esprit », lui-même devant lui, dans un costume qu'il n'avait jamais porté ; 8 ans après, par hasard, ayant mis un costume semblable à celui de sa vision, il eut à nouveau la vision de ses adieux. L'auteur propose d'appeler hallucination autoscopique (comme cela est classique en France), une telle vision. Il rappelle des cas analogues, particulièrement l'auto-observation récemment publiée par Galant, et le cas si curieux d'Hoff. Pour ce dernier auteur, il s'agit d'une hallucination du schéma opto-kinesthésique du corps. L'auteur, sans méconnaître la psychogénèse de cette pseudo-hallucination (dans le sens de Hagen), la rapproche des sentiments de dépersonnalisation, de déjà-vu et de transitivisme.

Henri EY.

Le problème des hallucinations et le problème de l'espace, par E. MINKOWSKI. *L'Evolution Psychiatrique*, 2e série, nº 3, 1932, pp. 57-76.

L'hallucination ne se présente pas à l'état de signe isolé dans l'ensemble des troubles psychopathiques. Elle survient chez un sujet atteint d'une sorte de dissociation, qui lui permet de garder vis-à-vis du trouble sensoriel une attitude toute spéciale. Ce trouble est situé dans un monde désocialisé ; il survient par l'action d'une force mystérieuse. Minkowski imagine, pour expliquer l'existence de l'espace normal voisinant avec le pathologique, deux façons de sentir l'espace. L'un est clair, précis et naturel ; l'autre est « noir », mystérieux, et correspond au domaine morbide, hallucinatoire. Plus ou moins habité, actif, bruyant, celui-ci s'incruste, dans le premier, le pénètre, chevauche son domaine au cours de certains états psychopathiques.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude pathogénique du syndrome de dépersonnalisation (Contribución al estudio patogenico del sindrome de despersonalizacion), par E. MIRA. *Revista Medica de Barcelona*. T. XVIII, nº 107, pp. 455-460 novembre 1932.

La psychogénèse d'un syndrome mental se présente parfois au médecin spécialiste avec une telle netteté qu'elle risque de lui faire négliger les facteurs organiques associés. L'auteur cite 3 cas d'autoperception d'un changement de la personnalité, avec anxiété et automatisme mental, qu'il analyse d'après les conceptions de G. de Clérambault. Le premier malade est atteint de toxi-infection tuberculeuse, le deuxième de syphilis nerveuse, le troisième d'insuffisance hépatique avec manifestations intestinales surajoutées. Pour E. Mira, ces états somatiques engendrent un déséquilibre circulatoire et les localisations cérébrales de ces perturbations se traduisent par le syndrome mental observé.

P. CARRETTE.

Perturbations de la conscience dans un délire post-malarique (Perturbaciones de la conciencia en un delirio postmalárico), par Juan Ramón BELTRÁN. *La Semana Médica*, nº 44, pp. 1254-1258, 3 novembre 1932.

Le malade observé par J. Ramón Beltrán présente, à la suite d'une série d'accès paludéens provoqués, une amélioration considérable de son état psychique et physique, mais un délire hypocondriaque se développe à l'occasion d'hallucinations cœnesthésiques ; sensation d'être privé de ses organes enlevés du corps par l'ouverture de plaies superficielles. Les autres aspects de la personnalité sont conservés et l'état de dépression, de désespoir provient uniquement des conclusions imposées par le délire cœnesthésique. Les altérations encéphalitiques correspondantes prédominent vraisemblablement dans les parties postérieures du cerveau, siège de la conscience organique suivant l'hypothèse de Sollier, par opposition aux centres antérieurs, frontaux du cerveau psychique.

P. CARRETTE.

Contribution clinique à l'étude des psychoses anxieuses aiguës d'origine alcoolique (Klinische Bietrag zinn Studiùm der akuten alkoholischen Augstpsychose, par Isidoro IMBER (de Cremona). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.* 1932. Tome CXL, p. 557 à 565.

M. I. Imber rapporte l'observation de 3 alcooliques ayant présenté un état d'anxiété passagère avec hallucinations. Ces cas n'ont de remarquable que leur banalité. L'auteur a remarqué le mauvais effet d'un trop long isolement ou alitement des malades.

Henri EY.

Mélancolie délirante d'allure chronique. Syndrome de Cotard guéri (Melancolia delirante de fisonomia cronica. Sindrome de Cotard, curado), par Juan OBARRIO, Pedro O. SAGRERAS et Alejandro J. PETRE. *La Semana Médica*, nº 51, pp. 1851-1854, 22 décembre 1932.

La guérison d'une mélancolie d'allure chronique avec syndrome de Cotard très caractérisé, est un fait assez rare pour justifier une communication. Il semble que c'est le facteur anxiété, beaucoup plus que les thèmes délirants, qui doive servir de guide au pronostic.

P. CARRETTE.

Des troubles psychiques dans les affections du tronc cérébral et du syndrome d'automatose. (Ueber psychiche Störungen bei Hirnstammerkrankungen und das Antomatosesyndrom), par Erich Guttmann et Käte Herrman (de Halle). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1932, tome CXL, p. 439 à 472.

Ces auteurs ont observé une malade d'une cinquantaine d'années dont l'autopsie révéla une tumeur de la selle turcique bombant dans le 3e ventricule et comprimant l'infundibulum (photographie de la pièce). L'affection évoluait depuis 1910. A cette époque, première phase de troubles mentaux: état confusionnel avec anxiété, activité hallucinatoire auditive, fugues nocturnes. La malade fut opérée alors (trépanation temporale) sans résultat bien appréciable. Rentrée chez elle, des crises d'épilepsie apparurent. Une deuxième phase terminale de troubles psychiques se manifeste vers 1928. Les auteurs soulignent l'importance de ces états confusionnels au cours des affections du tronc cérébral (Schilder, Weismann) et de l'encéphalite léthargique. Ils rapportent 3 nouveaux cas personnels. Ils envisagent ensuite la question des phénomènes hallucinatoires pédonculaires, décrits par Claude, Lhermitte, van Bogaert, au cours des tumeurs infundibulaires et rappellent les travaux d'Ewald sur les états hallucinatoires encéphalitiques et de Hauptmann sur les hallucinations dans les champs hémianopsiques. Les manifestations hallucinatoires, à vrai dire, chez leur malade, sont réduites au minimum. Au point de vue bio-neurologique, la malade présentait un syndrome infundibulaire avec polyurie, hémianopsie, etc. Dans la deuxième partie de leur travail, les auteurs rattachent leur cas à ceux décrits par Zingerle sous le nom d'*automatose :* hypertonie et hyperexcitabilité musculaire, syndrome de décérébration avec apparition de *réflexes toniques d'attitude* (Haltungsreflexen) de Magnus. Ils passent en revue les cas semblables signalés par Goldstein. Ils insistent sur le caractère paroxystique de ces symptômes et leurs relations avec l'occlusion des yeux et la posture de la tête. Enfin, quant aux relations qui soutiennent l'état psychique et l'état moteur, ils admettent trois théories possibles : 1° la conception de Goldstein, selon laquelle les troubles de la conscience sont consécutifs aux troubles moteurs ; 2° l'hypothèse de troubles moteurs consécutifs à des troubles de la conscience ; 3° l'idée que troubles moteurs et troubles de la conscience sont une seule et même chose. Ils pensent que c'est l'interprétation de Goldstein qui est la bonne, puisque ils ont pu déclencher des troubles psychiques à la suite de crises d'automatose provoquées. Intéressante bibliographie.

Henri Ey.

Symptômes mentaux observés au cours des tumeurs cérébrales (Mental Phenomena Observed in Cases of Brain Tumor), par George W. Henry. *The American Journal of Psychiatry.* T. XII, n° 3, pp. 415-473, novembre 1932.

Ce travail est une revue générale où l'on retrouve les notions connues sur les troubles de la parole, de l'humeur, des sens dans les tumeurs cérébrales. L'étude de sémiologie générale examine le comportement des sujets, le déficit de la mémoire, le délire basé sur les illusions et les hallucinations, la confusion des idées. La bibliographie fournit à l'auteur un millier de cas.

Dans ses conclusions, il s'attache à établir les signes de localisation, surtout neurologiques ; par exemple, les aphasies et troubles du caractère des tumeurs frontales ; les manifestations gustatives ou auditives des tumeurs

temporales ; les troubles de la statique et de la démarche des tumeurs cérébelleuses ; les manifestations très spéciales des lésions basales intéressant souvent les noyaux gris et la région du 3e ventricule, etc. Il est utile, comme le fait observer G. W. Henry, de dépister précocement tous ces signes, souvent masqués par la prééminence de l'hypertension intracranienne. Par ailleurs, il est indispensable de recourir à tous les moyens d'investigation physique quand les troubles mentaux existent seuls, comme c'est le cas pour certaines tumeurs frontales et pariétales, où le syndrome neurologique fruste, tardif, est déjà l'indice de l'extension et de la diffusion du processus tumoral.

P. CARRETTE.

Sur les relations entre les traumatismes craniens et les maladies mentales et nerveuses (Sobre las relaciones entre traumatismos creneanos y enfermedades mentales y nerviosas), par F. W. MOTT. *La Medicina Argentina*, nº 125, pp. 1606-1607, octobre 1932.

C'est du point de vue médico-légal que les rapports entre traumas et syndromes neuro-psychiques méritent surtout d'être précisés. Les commotions réalisent parfois des états purement subjectifs. L'association avec l'épilepsie et l'alcoolisme rend souvent le problème insoluble. Les cas de psychasthénie, de neurasthénie traumatiques existent. L'auteur signale en outre que la psychose de Korsakoff peut, dans certains cas, être la résultante d'une blessure du crâne en dehors de tout facteur étiologique imputable à l'alcoolisme.

P. CARRETTE.

Presbyophrénie et artériosclérose cérébrale. (Presbyophrénie und Hirnarteriosclerose), par Max LIEBERS (de Colditz). *Zeitsch. f. d. Neur. und Psych.*, 1932, tome CXL, p. 765 à 772.

Observation d'une malade de 73 ans, atteinte d'affaiblissement intellectuel avec confabulation et troubles de la mémoire ; ultérieurement, apparurent des troubles amnésiques, aphasiques, de l'agnosie optico-spatiale, tension artérielle : 13, céphalées. A l'autopsie, on a trouvé une artériosclérose cérébrale intense, portant surtout sur le système vasculaire cortical avec relativement peu d'atteinte des vaisseaux de la base et ganglionnaires, sans les modifications fibrillaires décrites par Alzheimer.

Henri EY.

Le syndrome interpariétal dans les maladies mentales (Ueber das interparietale Syndrom bei Geiteskrankheiten, par M. GUREWITSCH (de Katschenkow, Moscou). *Zietsch. f. d. ges. Neur. und Psych.* 1932. Tome CXL, p. 593 à 603.

Etude clinique basée sur 6 observations (schizophrénie ou syphilis cérébrale ; psychopathie (?) syphilitique, épileptique ; épileptique-schizophrène; maniaque-dépressive avec manifestations hystériques). Le syndrome interpariétal est essentiellement caractérisé par *les troubles du schéma du corps propre* (auto-topagnosie à rapprocher de l'anosognosie de Babinski et de l'asymbolie douloureuse de Schilder et Stengel) et la *metamorphopsie* (illusion de déformation des objets) analogue à ce que l'on voit dans l'intoxication mescalinique. Il a été rattaché à une localisation pariétale par les travaux de Pick, Poetzl, Kramer, Guttmann, Halpern, Hoff, dont on trouvera la bibliographie à la fin de cet intéressant article.

Henri EY.

Le problème de la schizophrénie (The problem of schizophrenia), par Henry Devine. *Proceedings of the Royal Society of Medicine.* T. XXVI, n° 1, pp. 111-120, décembre 1932. Section of Psychiatry, President's Address, 8 novembre 1932.

A quelles difficultés ne se heurte-t-on pas quand on se propose de caractériser une notion aussi complexe que celle de schizophrénie ! Suivant le syndrome observé, la période de l'évolution, le point de vue psychologique ou somatique, on aboutit à des opinions très éloignées les unes des autres, parfois contradictoires. On parle d'inertie ou d'hyperactivité psychique, de réactions toxi-infectieuses ou de défense, de fuite ou de recherche de la réalité. Henry Devine demande qu'on cesse, à propos de schizophrénie, de parler d'états du corps ou de l'esprit, mais qu'on s'applique à évoquer des perturbations des manifestations vitales. L'inconscient inclut des processus morbides que les méthodes objectives doivent tendre à révéler, que ces méthodes soient psychologiques, biochimiques ou anatomiques. Par voie de conséquence, on s'efforcera, dès le début des troubles, de traiter le malade rationnellement. Les agents pharmacodynamiques qui stimulent le psychisme modifient les constantes biologiques et les récentes applications de ces notions à l'analyse des refoulements (Mlle Pascal) aussi bien qu'aux phases de la catatonie, méritent d'être encouragées et poursuivies.

P. Carrette.

Evolution des schizophrénies de l'enfance (Ueber der Schizophrenien im Kindesalter), par G. Ssucharewa (de Moscou). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1932, tome CXLII, p. 309 à 321.

Statistique portant sur 107 malades de 7 à 17 ans (25 formes infantiles, 82 formes pubérales). Les débuts dans l'enfance ont été d'un pronostic beaucoup plus sombre que les formes pubérales. L'auteur divise ensuite son matériel en deux grandes classes : les *formes infantiles lentes* et les *formes pubérales aiguës.* A la première, appartiennent 25 cas (14 garçons et 6 filles) de schizophrénie simple, dont le début s'est effectué par altération de la personnalité dans 2 cas après une maladie infectieuse, et dans 1 cas après un trauma affectif. Deux cas ont débuté à 5 ans, 3 à 7 ans, 3 à 10 ans, les autres ont débuté insidieusement. Dans 8 cas, il existait de l'hyperémotivité, dans 5 cas de la froideur affective. Il y avait parmi eux 5 arriérés et 3 intelligences précoces. Dans 7 cas, l'évolution a été progressive et sévère. — A la deuxième classe appartiennent 82 formes pubérales aiguës, qui ont évolué par poussées successives. Dans 72 0/0 de ces cas, il y a eu rémission après la première poussée ; les données statistiques sont suivies de réflexions touchant la nature et les caractères du processus schizophrénique.

Henri Ey.

De la schizophrénie avec symptômes neurologiques (Uber Schizophrénie mit neurologischen Symptomen), par G. Bychowski (de Varsovie). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.* 1932. Tome CXL, p. 798 à 807.

Brève étude neuro-psychologique de 5 cas de schizophrénie. Dans le premier cas, il s'agit d'une malade de 18 ans, tuberculeuse, atteinte de schizo-

phrénie à forme simple. On trouvait chez elle une hyperréflexie tendineuse et périostée, et signe de Rossolino. Le 2e malade, âgé de 30 ans, présentait un syndrome paranoïde. Il avait contracté récemment une syphilis, bien traitée. On a noté chez lui le signe de Rossolino, de l'hyperréflexie tendineuse, avec aréflexie plantaire. La 3e observation est celle d'un schizophrène simple : Hyperréflexie. Rossolino bilatéral. La 4e malade présentait en même temps que son évolution schizophrénique des signes de « méningite tuberculeuse chronique ». Le dernier cas est celui d'un individu liptosome, schizophrène fruste, avec hyperréflexie tendineuse, Rossolino. A propos de ces cas, l'auteur estime nécessaire une discussion, d'ailleurs intéressante, sur les problèmes neurologiques de la schizophrénie, alias démence précoce.

Henri Ey.

Les frontières de la schizophrénie et de la démence précoce, par Gilbert Robin. *L'Evolution Psychiatrique*, 2e série, no 3, 1932, pp. 91-103.

L'auteur cherche beaucoup moins à séparer les 2 concepts de schizophrénie et de démence précoce, qu'à retenir les petits signes du caractère autistique. Ces éléments, parfois difficiles à saisir, permettent au psychopathologiste averti de pressentir le début de la psychose dans le comportement à peine troublé de l'adolescent. Robin signale entre autres symptômes : l'étrangeté des opinions, le rationalisme et l'absence de conviction dans leur expression, les silences sans pensée, le désintérêt sexuel, de menus signes d'insuffisances glandulaires multiples avec des troubles de la sensibilité, qui donnent au malade ses premiers doutes sur sa personnalité (le signe du miroir entre dans cette catégorie de faits), la modification du rire qui devient brusque, bref. L'auteur insiste sur la nécessité, pour bien juger ces troubles, de connaître l'état d'esprit habituel de l'adolescent et en particulier sa réaction intransigeante devant la réalité.

P. Carrette.

Etudes encéphalographiques dans la schizophrénie [Démence précoce] (Encephalographie Studies in Schizophrenia [Demencia Praecox]), par Matthew T. Moore, David Nathan, Annie R. Elliot et Charles Laubach. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, no 4, pp. 801-810, janvier 1933.

Dans cette communication, les auteurs établissent le bilan de 60 schizophrènes, de formes cliniques les plus diverses, en un tableau qui renferme les résultats des examens cliniques et biologiques. Pour chaque observation, on peut lire en quelques lignes les renseignements fournis par l'encéphalographie. Ajoutons pour compléter la documentation, 16 encéphalogrammes choisis parmi les plus démonstratifs et de précieuses références bibliographiques. La pression du liquide céphalo-rachidien dépasse la normale dans la majorité des cas. L'atrophie corticale s'accompagne, dans les formes longuement évoluées, d'une dilatation du système ventriculaire et des cavités méningo-encéphaliques (25 cas). Il y a des prédominances dans l'atrophie au niveau des lobes pariétaux et de l'insula de Reil. Pas un seul encéphalogramme n'a donné l'image d'un cerveau normal.

P. Carrette.

Caractère et démence précoce catatonique (Personality and Catatonic Dementia Praecox), par Joseph R. Blalock. *The Psychiatric Quarterly*, T. 6, nº 4, pp. 625-641, octobre 1932.

L'étude du caractère et de l'intelligence, au cours des étapes scolaires et pendant l'adolescence, permet de fixer certains traits favorables à l'éclosion ultérieure des psychoses. Elle place le médecin éducateur dans les meilleures conditions pour user des moyens prophylactiques correspondants. Il faut éliminer, dans ces recherches, les cas relevant d'une étiologie complexe : troubles psychiques des maladies infectieuses, traumatismes craniens, encéphalite épidémique, etc... Les points suivants restent acquis concernant l'état prépsychosique de la majorité des futurs déments précoces catatoniques : les sujets sont moyennement doués aux points de vue intellectuel et physique, inférieurs dans le domaine des manifestations motrices, tranquilles, entêtés, peu expansifs, avec des réactions émotionnelles mal adaptées ; ils ont peu d'amis, s'intéressent médiocrement à l'entourage, présentent du retard dans l'évolution de la sexualité. Le sentiment d'infériorité, souvent signalé, n'a pu être mis fréquemment en évidence dans la plupart de ses modalités.

P. Carrette.

Démence précoce et tuberculose, par J. Roubinovitch. *Le Progrès Médical*, nº 3, pp. 106-109, 21 janvier 1933.

L'auteur rappelle les recherches expérimentales récentes, l'action de la tuberculine et les injections de liquide céphalo-rachidien au cobaye. Les réponses obtenues ne sont pas encore suffisantes pour établir la nature exacte des rapports entre la tuberculose et la démence précoce. Roubinovitch considère qu'il faut élargir les investigations de manière à les rendre utiles à la thérapeutique. Il montre la face opposée du problème : après l'étude des éléments tuberculeux de la démence précoce, celle des troubles mentaux chez les tuberculeux, qui fournirait sans doute de nouveaux documents utilisables pour préciser la pathogénie de certains syndromes mentaux et de l'hébéphréno-catatonie en particulier.

P. Carrette.

Tuberculose et troubles mentaux. Conceptions nouvelles, par R. Targowla. *La Presse Médicale*, nº 12, pp. 238-240, 11 février 1933.

La question du rôle de la tuberculose dans l'éclosion et le développement des syndromes mentaux s'est complétée récemment de nouvelles recherches expérimentales et anatomiques. Aucun progrès définitif n'est cependant à enregistrer. La difficulté tient, comme le note Targowla, dans l'impossibilité de déceler des agents figurés dans les tissus nerveux. Seuls les virus pathogènes semblent pouvoir les atteindre. La ténacité des névraxites et les échecs thérapeutiques s'expliqueraient par l'union intime des toxines et des éléments nerveux. Dans le vaste cadre de la démence précoce, — particulièrement visée par les études récentes, — les formes qui paraissent plutôt imputables au virus tuberculeux sont celles qui débutent par des délires polymorphes, des accès catatoniques, et évoluent par bouffées, réalisant les syndromes qu'on tend à grouper sous le nom de psycho-encéphalites.

P. Carrette.

Troubles du langage dans une paralysie générale simulant la schizophrénie (Trastornos del languaje en un paralitico general simulando la esquizophrenia), par R. B. Silva et R. Orlando. *Archivos Argentinos de Neurologia*. T. VII ; nº 3, pp. 128-139, octobre 1932.

L'analyse des troubles de l'expression de la pensée par les tests permet d'obtenir chez les paralytiques généraux des réponses, assez différentes dans l'ensemble de celles que fournissent les schizophrènes. Il y a cependant des cas où cette discrimination devient impossible. Le malade présente avec les signes neurologiques de la paralysie générale, un schizo-langage, des troubles aphasico-apraxiques. On a jadis ébauché l'étude de ce type clinique à prédominance symptomatique de paralysie générale de Lissauer, mais de nouvelles recherches anatomiques sont nécessaires pour établir avec certitude les localisations lésionnelles de l'hémisphère gauche dans les zones frontales et verbales.

P. Carrette.

Paralysie générale à évolution aiguë (Paralisis general a evolucion aguda). par Héctor M. Piñero. *La Semana Médica*, nº 2, pp. 150-154, 12 janvier 1933.

Dans les formes galopantes de paralysie générale avec syndromes humoral et neurologique intenses, l'allure des manifestations psychiques, à base de confusion et d'anxiété, rappelle le délire aigu. Piñero fait observer l'importance de l'augmentation rapide et progressive de l'urée sanguine et rachidienne, qui atteste le fléchissement de la résistance de l'organisme sous la double attaque toxique et infectieuse.

P. Carrette.

NEUROLOGIE

Les réactions de soutien chez l'homme dans les états physiologiques et pathologiques (Die Stüzreaktionen beim Menschen in physiologischen und pathologischen Zùstanden), par O. Balduzzi (de Gênes). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.* 1932. Tome CXLI, p. 1 à 30.

L'auteur a étudié les réactions toniques réflexes décrites par *Rademaker*. Ce sont des réactions de posture et d'équilibre complexes qui dépendent de la sustentation plantaire, de la position des segments distaux, de la pression du corps sur la plante des pieds, de la dépendance réciproque des fonctions des articulations proximales et de la flexion passive des segments proximaux déterminés par la statique. Chez les nouveau-nés et les nourrissons, on déclenche des réactions toniques analogues aux réactions de soutien des animaux privés de cervelet. Ces réactions sont déterminées par des excitations extéroceptives cutanées plantaires et proprioceptives (positions des segments de membres). Elles disparaissent vers le 6e mois et ne se voient plus après un an. Chez les adultes, la présence des réactions de soutien est pathologique. Elles sont sous la dépendance presque exclusive de facteurs proprioceptifs.

Henri Ey.

Etude physiologique de la dégénérescence wallérienne du sciatique de la grenouille, par Jean Titeca. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, séance du 29 octobre 1932.

Dès le début, avant toute altération anatomique, le seuil d'excitation du bout périphérique du sciatique sectionné, s'élève rapidement si on répète les excitations. Ce phénomène de « fatigabilité » augmente évidemment avec la durée de la période de dégénérescence. La perte de l'excitabilité musculaire indirecte est plus précoce que celle du nerf. L'inexcitabilité réelle d'emblée des fibres nerveuses apparaît en même temps dans les segments proximal et distal. P. Carrette.

Ophtalmologie et Neuro-Chirurgie, par Th. de Martel, Montbrun et J. Guillaume. *La Revue Médicale Française*, n° 9, décembre 1932.

Les auteurs se proposent de fournir aux médecins moins habitués qu'eux-mêmes aux applications des données ophtalmologiques, les notions utiles au diagnostic des affections neurologiques. Ils réservent pour un travail ultérieur ce qui concerne les troubles oculo-moteurs, pupillaires et sensitifs et n'envisagent dans le présent article que les renseignements tirés de l'examen du fond d'œil et du champ visuel. On y trouvera, clairement résumé en quelques pages, ce qu'il faut connaître sur la stase papillaire, le syndrome chiasmatique et l'hémianopsie latérale homonyme. L'hypertension intra-cranienne, les syndromes liés aux lésions de la selle turcique, les tumeurs de l'hypophyse et des voies optiques sont exposés du point de vue de l'examen ophtalmologique, de manière à permettre au clinicien de dépister des lésions cérébrales parfois méconnues et souvent de faire opérer en temps utile. P. Carrette.

Une variété du syndrome d'Avellis produite par un polype angiomateux de l'oreille externe, moyenne et interne intéressant les X^e^, XI^e^ et XII^e^ nerfs craniens. Présentation d'un cas (A Syndrome of Avellis Variation Produced by an Angiomatous Polyp in the Outer, Middle and Inner Ears, Involving the Tenth, Eleventh and Twelfth Cranial Nerves. Report of a Case), par Edmund Prince Fowler. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 76, n° 6, pp. 588-592, décembre 1932.

L'hémiparalysie vélo-palatine, laryngée et pharyngo-œsophagienne, accompagnée de signes irritatifs, qui caractérise le syndrome d'Avellis, peut s'associer à des symptômes dus à l'extension des lésions au noyau ambigu (syndrome de Schmidt) ou aux noyaux ambigu et de l'hypoglosse (syndrome de Jackson). Dans l'observation de E. Prince Fowler, nous trouvons une cause périphérique sans l'endartérite, ni l'hypertension habituelles ; sans syphilis, ni syringomyélie, sans troubles de la sensibilité, ni participation de la IX^e^ paire. Les symptômes intéressent la VIII^e^ paire et surtout les 3 derniers nerfs craniens. P. Carrette.

Instabilité colique et troubles nerveux (The Unstable Colon and Neurosis), par Sara M Jordan. *The Journal of the American Medical Association*. T, IC, pp. 2234-2236, 31 décembre 1932.

Kantor préconise le terme « unstable », plutôt que celui d' « irritable », pour désigner l'état du colon dans ces cas de constipation chronique avec

fermentation, ptose, parce que les troubles nerveux surviennent après une longue période de colite qui, mal soignée par l'emploi répété des purgatifs et des lavements, aboutit à une atonie digestive grave, à un défaut d'excitabilité. Il s'agit de malades qui attirent surtout l'attention sur leur émotivité, leur fatigabilité, des céphalées, des palpitations. Ils doivent être soumis à un traitement identique à celui des colitiques simples. Une diététique appropriée, la rééducation motrice de l'intestin et les essais de correction d'un chimisme dont on peut parfois constater les altérations, en permettant au patient de restaurer un état physiologique normal, ne tardent pas à supprimer les désordres nerveux associés.

P. CARRETTE.

Symptômes neurologiques des traumatismes craniens (Neurological Symptoms from Trauma capitis), par Knud MALLING. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, t. VIII, fasc. 1 et 2, pp. 39-67. Rapport du 6e Congrès des Neurologistes Scandinaves, Copenhague, 24-26 août 1932.

En général, l'auteur tend à refuser aux traumatismes la part étiologique importante qu'on leur accorde fréquemment, en dehors de leurs effets directs, comme par exemple les paralysies consécutives à une lésion de l'encéphale par fracture ou les méningites consécutives à une lésion ouverte. Dans les commotions, il fait jouer un rôle important à l'état émotionnel actuel et habituel du sujet. L'épilepsie jacksonienne, provoquée par une esquille ou un cal exubérant existe, mais il n'est pas démontré que l'épilepsie essentielle soit aggravée par un traumatisme. On peut raisonner identiquement pour le syndrome de Parkinson. Le problème des tumeurs cérébrales est plus complexe et on admet, en matière de législation civile, l'influence favorisant des accidents du travail sur l'éclosion des tumeurs. Dans certains cas, la coïncidence est frappante. Il faut juger différemment la question des méningites. Ici, la part du trauma n'est qu'apparente et, en dehors de quelques cas d'aggravation probable par un choc, on ne doit pas perdre de vue la nature infectieuse du processus et son évolution insidieuse fréquente avant le choc cranien.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Topographie chimique de l'écorce cérébrale, 1re partie : La teneur en « lactacidogène » de l'écorce cérébrale des schizophrènes (Zur Chemischen Topographie der Hirnrinde 1 mitteilung : Lactacidogengehalt der Hirnrinde bei Schizophrenen), par M. A. TSCHALISSOW (de Charkow). *Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1932, tome CXLII, p. 85 à 98.

Il existe dans le cerveau humain une substance réductrice, le lactacidogène (découvert par Embden en 1912). La teneur du cerveau en lactacidogène est en partie fonction de la topographie. Chez les schizophrènes, l'hémisphère droit en contient plus que le gauche. Les plus basses teneurs ont été rencontrées dans les cas où il existait des lésions de la 6e couche et où ces lésions étaient du type de gonflement cellulaire.

L'étude porte sur 9 cas de schizophrénie. L'auteur fait lui-même remarquer que des réserves s'imposent tant que les taux normaux n'auront pas été fixés.

Henri EY.

Sur l'éventualité de modifications dans la pression intracranienne, en particulier en l'absence de tumeur cérébrale (On the Occurence of Changes in the Intracranial Pressure, Especially without Tumor Cerebri), par Knud Winther. *Acta Psychiatrica et Neurologica.* T. VIII, fasc. 1 et 2, pp. 131-140. Rapports du 6e Congrès des Neurologistes Scandinaves, Copenhague, 24-26 août 1932.

Le déséquilibre de la pression céphalo-rachidienne est mesurable par la ponction lombaire et l'ophtalmodynamométrie. Il est souvent considéré comme caractéristique de la méningite séreuse. Toutefois, cette dernière expression doit désigner une réaction générale dans laquelle les modifications de la tension cérébro-spinale ne sont pas absolument constantes, tandis qu'on les observe à l'occasion d'infections des yeux, des orcilles, des dents, des amygdales, dans la tuberculose pulmonaire, les états asthéniques, la mélancolie, à la suite de traumas du crâne. La décompression par ponction lombaire donne parfois d'excellents résultats thérapeutiques.

P. Carrette.

Remarques concernant la pression du liquide céphalo-rachidien dans les cas d'inflammation intracranienne otogène et rhinogène, par Robert Lund. *Acta Psychiatrica et Neurologica.* T. VIII, fasc. 1 et 2, pp. 199-204. Rapports du 6e Congrès des Neurologistes Scandinaves, Copenhague, 24-26 août 1932.

Les mesures de pression du liquide céphalo-rachidien étant effectuées avec un maximum de précautions, on constate qu'il existe entre les troubles des fonctions sécrétoires arachnoïdiennes et le mode de réaction cellulaire des rapports précis et constants. Robert Lund a observé que dans les méningites otogènes et rhinogènes, la pression du liquide céphalo-rachidien augmente et diminue en rapport direct avec l'augmentation et la diminution des polynucléaires et en rapport inverse avec celles des mononucléaires.

P. Carrette.

Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques, par Henri Claude, P. Masquin, J. Dublineau et Mlle Bonnard. *La Presse Médicale,* n° 97, pp. 1813-1816, 3 décembre 1932.

A côté des éléments classiques du sang et du liquide céphalo-rachidien, il serait utile de préciser les variations d'autres produits qui viseraient à établir le diagnostic des états psychopathiques. C'est pour aider à ces recherches que le professeur H. Claude et ses élèves ont étudié les polypeptides des humeurs chez 12 alcooliques internés pour troubles mentaux. L'azote polypeptidique est mesuré par différence, aussi faut-il déterminer l'azote du filtrat trichloracétique et celui du filtrat phosphotungstatique (méthode de Cristol et Puech). L'augmentation de la peptorachie et de l'indice rachidien de désamination est habituel dans l'éthylisme aigu ou subaigu. L'étude du rapport entre les indices sanguin et rachidien tendrait à prouver qu'il y a une formation rachidienne de polypeptides dans les états aigus seulement ; ce qui constituerait une contribution importante à la recherche des troubles du métabolisme azoté par lésions cliniques ou expérimentales du système nerveux central.

P. Carrette.

Pathogénie des modifications du liquide céphalo-rachidien dans la méningite (Pathogenesis of the Changes in the Cerebrospinal Fluid in Meningitis) par Frank Fremont-Smith. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXVIII, nº 4, pp. 778-788, octobre 1932.

L'auteur considère la méningite comme un empyème des espaces ventriculo-sous-arachnoïdiens. Le liquide céphalo-rachidien des états méningés a la composition du pus. Des conditions chimiques spéciales vont apparaître : l'équilibre osmotique du sang et du liquide céphalo-rachidien est rompu, mais les modifications du sérum entraînent un certain degré de trouble du liquide méningé ; il y a faillite locale de la synthèse du dextrose et diminution des chlorures ; la teneur en protéines augmente et l'acide lactique s'accumule. Les conditions de la défense locale, appel cellulaire et nouvelle base chimique, se complètent d'un troisième facteur : l'accroissement de pression qui relève de la dilatation des vaisseaux intracraniens et d'une obstruction mécanique, par les exsudats, des voies de passage du liquide céphalo-rachidien.

P. Carrette.

Les relations des protéines du liquide céphalo-rachidien d'après la méthode de Kafka-Samson (Las relaciones proteínicas del líquido cefalorraquídeo segun el método de Kafka-Samson), par José Salas et Manuel Peraita, *Revista Médica de Barcelona*. T. XVIII ; nº 107, pp. 486-497, novembre 1932.

On ne se contente plus aujourd'hui de la simple détermination des protéines totales du liquide céphalo-rachidien, pour préciser un type d'altération méningé. Le chiffre utile est le rapport des globulines avec l'albumine totale. Les auteurs ont vérifié les résultats de Kafka et Samson par l'emploi de leur méthode : dosage de l'albumine par le réactif d'Esbach et des globulines par le sulfate ammoniacal à saturation, reprises à leur tour par le réactif d'Esbach pour corriger l'erreur due à l'hydratation. Le rapport G/A (globulines/albumine) est normalement voisin de 0,2. Parmi les modifications assez constantes, citons l'élévation peu marquée dans la démence sénile, type artério-scléreux, dans les méningites ; beaucoup plus forte dans la paralysie générale non traitée. Il y aurait intérêt à étudier parallèlement ces résultats avec la marche des réactions colloïdales pour essayer d'en préciser le mécanisme.

P. Carrette.

Relations des virus filtrants avec les maladies du système nerveux (Relation of Filtrable Viruses to Diseases of the Nervous System), par Thomas M. Rivers. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. 28, nº 4, pp. 757-777, octobre 1932.

Dans une revue générale empruntant ses faits aux recherches les plus récentes, l'auteur fixe les relations que nous devons connaître entre les syndromes infectieux à microbe inconnu et les réactions sur le tissu nerveux. C'est ainsi qu'il réunit dans une première catégorie, la rage, la poliomyélite antérieure aiguë, l'encéphalite épidémique, affections qui touchent le système nerveux, principalement dans sa substance grise. Les réactions méningées, ayant l'allure des manifestations expérimentales de la vaccine, sont

réalisées par la psittacose, l'herpès fébrile, la fièvre jaune. Certains syndromes de la convalescence des fièvres éruptives sont plus spécialement marqués par une démyélinisation à prédominance périvasculaire ; il en est ainsi après la variole, la varicelle, la rougeole. Des lésions analogues, atteignant surtout la substance blanche, rapprochent ce groupe des syndromes dont l'étude revient fréquemment dans l'actualité neuropsychiatrique : sclérose aiguë, sclérose multiple et centro-lobaire, maladie de Schilder-Foix.

P. CARRETTE.

Fragilité du fœtus et de l'enfant mâles vis-à-vis de l'infection tréponémique, par B. DUJARDIN, Jacques LEY et Jean TITECA. *Bruxelles-Médical*, nº 17, 21 février 1932.

Les hérédo-syphilitiques mâles présentent une fragilité particulière vis-à-vis de l'infection spécifique. La capacité allergique est plus développée dans le sexe féminin. Ces assertions découlent des observations de Titeca. Elles avaient fait l'objet de démonstrations antérieures (Gougerot, 1930). Les conjonctivites phlycténulaires, les érythèmes indurés, formes de tuberculose cutanée, réalisent des états d'allergie qui sont surtout l'apanage de la femme. Chez elle, la syphilis revêt le plus souvent des formes bénignes qui paraissent la protéger contre les manifestations nerveuses graves, telles que le tabès et la paralysie générale.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

Syndrome thyrotoxique simulant une névrose primaire (Masked Thyrotoxicosis Simulating Primary Neurosis), par Solomon GÜNSBURG. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 76, nº 4, pp. 331-359, octobre 1932.

L'absence de signes purement glandulaires égare souvent le diagnostic de ces manifestations toxiques. Il s'agit d'états dépressifs avec troubles circulatoires, tachycardie, tremblement, sensibilité superficielle exagérée, diarrhée et amaigrissement. On ne trouve pas, du moins au début, de goitre, ni d'exophtalmie, mais le métabolisme basal peut être assez élevé ; dans certaines formes frustes, il est voisin de la normale. Les intoxications de l'hyperthyroïdisme doivent être traitées par l'iode dès qu'elles sont soupçonnées. L'iode constitue souvent un véritable test diagnostique au même titre que la radiumthérapie. Ces deux méthodes curatives sont en général suffisantes et permettent d'éviter l'intervention chirurgicale et le myxœdème qui en est trop souvent la conséquence éloignée.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 janvier 1934,* à 9 heures 30 *très précises,* à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 janvier 1934,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 février 1934,* à 9 heures 30 *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 février 1934,* à 4 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Légion d'honneur.

Est promu *Commandeur de la Légion d'Honneur :*

M. le Dr Paul VOIVENEL, de Toulouse, *membre correspondant national* de la Société.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr MASSELON, ancien médecin des Asiles publics d'aliénés.

Nomination.

M. le Dr MENUAU est nommé médecin-chef de Service à l'Asile public d'aliénés de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Vacance de postes.

Sont déclarés vacants :

un poste de médecin-chef de Service à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) ;

un poste de médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1933.

Parmi les ouvrages couronnés en 1933 par l'*Académie de Médecine*, nous relevons :

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au Dr Lucien Rouquès (de Paris) : *La myotonie atrophique.*

Prix Laborie. — 8.000 francs. — Cinq mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au mémoire intitulé : *Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif,* qui a pour auteurs MM. Jean Delmas et Georges Laux, professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Prix du Baron Larrey. — 500 francs. — Neuf mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix au Dr Quérangal des Essarts (de Brest) : *Etude statistique et critique des résultats du traitement des méningites cérébro-spinales observées à l'hôpital maritime de Brest,* de 1900 à 1932.

Une mention très honorable est décernée au Dr Ichok (de Paris) : *Etude sur la population française.*

Prix Clotilde Liard. — 5.000 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à ce mémoire qui a pour titre : *Les paralysies diphtériques* et pour auteur M. le Dr Pierre Uhri (de Neuilly-sur-Seine).

Prix Lorquet. — 300 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix au mémoire ayant pour titre : *La fièvre récurrente dans le traitement de la paralysie générale et du tabes,* et partage les arrérages par moitié entre les deux auteurs, MM. les Drs Aug. Marie et Médacovitch (de Paris).

Prix Louis. — 4.500 francs. — Question : *Médicaments sympathicotropes.* Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie attribue le prix à ce mémoire, qui a pour auteur Mlle Germaine Benoit (de Paris).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès de médecine légale de langue française.

Le *XIXe Congrès de médecine légale de langue française* aura lieu à *Lille* les *27, 28, 29* et *30 mai 1934.*

Le dimanche 27 mai 1934 aura lieu l'*inauguration* de l'*Institut de Médecine légale et de Médecine sociale* de Lille.

BUREAU

Président : Professeur J. LECLERQ (de Lille).

Vice-Présidents : Professeur FIRKET (de Liége) ; Dr GUIBERT (de Paris) ; Dr TRIQUENEAUX (d'Avesnes) ; Professeur ZANGGER (de Zurich).

Secrétaires généraux : MM. PIÉDELIÈVRE (de Paris) et MULLER (de Lille).

RAPPORTS

1° MM. LATTES, R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH : *Les groupes sanguins en médecine légale et en anthropologie ;*

2° MM. HEGER-GILBERT et DE LAET : *Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation ;*

3° MM. RAVIART et VULLIEN : *L'expertise mentale contradictoire.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur agrégé MULLER, 14, rue de Friedland, Lille.

NÉCROLOGIE

Raymond Cestan (1872-1933).

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, élève de Brissaud, de Babinski, ancien chef de clinique puis chef de laboratoire du Professeur Raymond, auteur d'une thèse très remarquée, aujourd'hui classique, sur le syndrome de Little, *Raymond Cestan* fut le premier à isoler la neurofibrosarcomatose, et décrivit avec Raymond le syndrome protubérantiel supérieur. Agrégé en 1904, médecin des hôpitaux de Toulouse en 1905, il fut élu, en 1913, à la Chaire de Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Médecine de Toulouse, qu'il occupa jusqu'en 1930. Ses travaux sur l'épilepsie, sur le liquide céphalo-rachidien, sur la physiologie des plexus choroïdes, sur la perméabilité méningée, sur les réactions humorales dans la syphilis nerveuse, sur la ventriculographie, etc., l'excellent *Précis des maladies du système nerveux,* qu'il publia en collaboration avec le Professeur Verger, de Bordeaux, n'indiquent qu'une part d'une activité scientifique très étendue, qu'il suffit de rappeler ici.

L'étendue de cette activité, de plus en plus orientée vers la biologie et la pathologie humorale, le fit, en 1930, quitter la Clinique neuro-psychiatrique, dans laquelle lui succéda son collaborateur le Professeur Riser, pour la Chaire de Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Mais son intérêt pour la neuropsychiatrie n'avait pas diminué, et en 1932, il prit part à la session de Limoges du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, où il présenta avec le Professeur Riser un travail sur la sclérose en plaques aiguë.

Le 30 octobre 1933, la mort l'a surpris pendant son sommeil, interrompant prématurément son labeur fécond et sa tâche inachevée.

R. C.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 47.358

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

G. Petit. — Excitation maniaque et paranoïa 1
M. Sosset. — Recherches sur les troubles de la mémoire 18

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 juin 1933

L. Marchand, Mlle Deschamps et Mlle Truche. — Epilepsie traumatique. Crises hallucinatoires et accès d'automatisme ambulatoire tantôt conscients et mnésiques, tantôt inconscients et amnésiques .. 40
L. Marchand, Mlle Deschamps et Mlle Truche. — Epilepsie psychique partiellement consciente et mnésique. Délire d'influence explicatif transitoire consécutif aux accès 43
A. Courtois et Mme Y. André. — Sclérodermie généralisée au cours d'un syndrome de démence précoce 47
A. Courtois et M. Altman. — Réaction du benjoin de type méningitique sans signes méningés cliniques chez un débile évoluant vers la démence précoce 51
Laignel-Lavastine, G. d'Heucqueville et B. Klotz. — Guérisseur, martyre thérapeutique et maisons hantées 54
J. Tinel. — Psychose périodique et polynévrite. Le traitement des polynévrites par les méthodes anti-choc 58

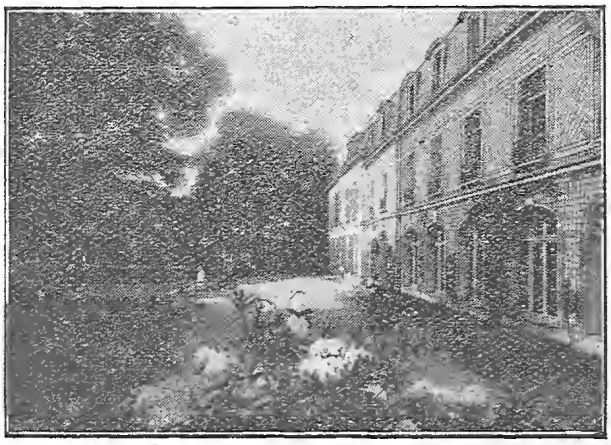
(*Suite du sommaire page II*).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Séance du lundi 26 juin 1933

1re séance

Décès de M. Paul Sollier ; discours du Président, M. Georges Dumas 67

2e séance

Adoption du procès-verbal 69
Correspondance 69
Election d'un membre correspondant national 69
G. Petit. — Ambivalence et homosexualité dans la manie et l'excitation cyclothymique. Le virilisme maniaque 70
Henri Claude et P. Masquin. — L'examen du fond mental des paralytiques généraux par la méthode des tests 71
H. Pichard et A. Liber. — Un type particulier de dyslogie dans un cas de chorée de Huntington. Considérations sur la démence choréique 74
A.-A. Zaitzew. — Thérapeutique hémato-placentaire des psychoses 82
A. Porot. — Sur un cas de délire aigu scarlatineux. Quelques considérations sur les encéphalites post-infectieuses 85
E. Martimor et J. Brzezinski. — Intoxication digitalique et troubles mentaux 90

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVIIIe Congrès de Médecine légale de langue française

I. — Rapports.

M. Mazel. — Le délirium tremens traumatique 94
Henri Claude. — Les aliénés en liberté..... 97

II. — Communications.

T. Vasiliu et J. Stanesco. — La reversibilité des épiphénomènes alcooliques 100
M. Melissinos. — Sur la loi belge à l'égard des anormaux et des déséquilibrés 100
M. Pietri. — Les expertises médico-légales et les médecins experts 101
Organisation du prochain Congrès 101

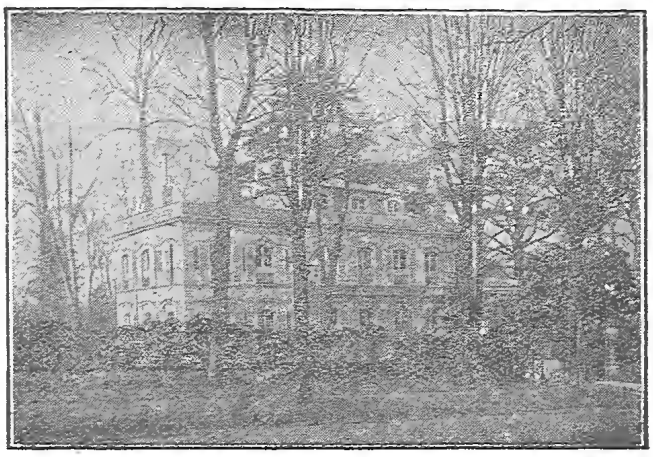
(*Suite du sommaire page IV*).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

Médecin-directeur : Dr BUSSARD
Médecin assistant : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✻ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 1er juin 1933

PAVIA. — Un signe d'hypertension intra-crânienne (tonoscopie de Bailliart) à travers la cinématographie 102
FORSTER. — Traitement nouveau de la myasthénie (Projection d'un film) 102
MAKOTO-SAITO. — Sur la neurographie..... 102
H. ROGER, ARNAUD, Y. POURSINE et J. ALLIEZ. — Kyste intradural dorsal communiquant avec le liquide céphalo-rachidien. Image lipiodolée en goutte pendante. Guérison opératoire de la compression médullaire 103
Cl. VINCENT et L. VAN BOGAERT. — Première observation française de maladie d'Hallervorden-Spats 103
KNUD-WINTHEI. — L'ostéomyélite de la colonne cervicale 103
M. DONAGGIO. — Le phénomène « d'obstacle » dans le liquide céphalo-rachidien et les urines des hyperthermiques 103
J. FROMENT et GUIBERT. — Le paralytique général — qu'il prononce ou écrive le mot d'épreuve — a des lapsus non par dysarthrie, mais par inattention, par omission, assimilation ou dissimulation syllabique..... 103
J. FROMENT et CHRISTY. — Le test des mots d'épreuve — par écrit — avant et après impaludation et stovarsol..... 104
MINKOWSKI. — Les troubles neuro-végétatifs après les traumatismes craniens..... 104
MEDEA. — A propos de la réaction pupillaire paradoxale 104
MARINESCO, SAGU et KREINDLER. — Décérébration supra-thalamique chez le chat. Étude des réflexes conditionnels innés 104
MINKOWSKI. — L'aphasie élective des polyglottes 104

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 mai 1933

LARUELLE. — Le repérage ventriculaire..... 105

(*Suite du sommaire page VI*).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF
DESINTOXICATIONS
CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

Groupement Belge d'Etudes d'oto-neuro-ophtalmologie et de Neuro-Chirurgie

Séance du 27 mai 1933

P. Martin. — Glioblastome pariétal droit ; intérêt de la ventriculographie 106

P. Martin et J. Heernu. — Endothéliome préfrontal droit 106

L. van Bogaert. — Maladie de Paget héréditaire et familiale avec rétinite pigmentaire.... 106

L. van Bogaert. — Les leuco-encéphalites simulant les néoplasies cérébrales. Le type concentrique de Balo 107

P. van Gehuchten. — Arachnoïdite post-traumatique 107

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

F. Pennacchi. — Epilepsie et syndromes schizophréniques 109

S. Gullotta. — A propos de l'interruption du syndrome catatonique 109

J. Salas. — Analyse du psychodiagnostic de Rorschach dans un cas de schizophrénie 110

M. Levin. — Hallucinations auditives sans psychose dans l'enfance 110

H. Houston-Merritt. — Démence paralytique de Lissauer. Etude clinique et pathologique.. 110

J. Fuster. — Rémission d'un accès maniaque avec négativation luétique du liquide céphalo-rachidien 111

F.-A. Pickworth. — Les rapports entre les affections des sinus et les maladies mentales. 111

E. Garratala. — Les intoxications par les composés barbituriques 111

J.-A. Larson et G.-W. Haney. — Les variations cardio-respiratoires dans les études sur la personnalité 112

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYSTÈME NERVEUX, DES INTOXICATIONS ET DES MALADIES DE LA NUTRITION.

Repos - Convalescence - Régimes
Rayons U. V. - Diathermies

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Galeries ensoleillées — Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : ***Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS***
Médecin assistant : ***Docteur LECLERCQ***

Téléphone : LE VESINET 12

E. Limdemann. — Modifications psychologiques de la personnalité normale et pathologique sous l'influence de l'amytal sodique 112

E. Stömgren. — Type constitutionnel et arc sénile 112

Neurologie.

B. Perpina-Robert. — L'hypertonie de certaines intoxications des centres extrapyramidaux 113

E. Bauer. — Le réflexe du museau chez l'homme 113

C. Grant. — Le diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales. L'importance de la recherche de l'hypertension rénale et de la stase papillaire 113

I. Koenen. — Une forme héréditaire et familiale de sclérose tubéreuse 114

Zeiner-Henriksen. — Troubles sensitifs apoplectiformes 114

P. Nicaud. — La spirochétose méningée pure 114

I. Strauss, J.-H. Globus et S.-W. Ginsburg. — Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée. Ses relations avec les anévrismes des vaisseaux sanguins du cerveau 114

J.-M. Cid. — Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens postérieurs par réticulo-sarcome de l'angle ponto-cérébelleux 115

P. Lamothe et Bernadou. — Zona infectieux et zona traumatique 115

J.-H. Chavany et H. Welti. — La névralgie du nerf glosso-pharyngien, sa symptomatologie et son traitement chirurgical 115

A. Gaule. — L'apparition de la chorée de Huntingon dans une famille de la Suisse orientale 116

Hygiène et prophylaxie.

R.-A. Noble. — La place de la psychiatrie dans l'éducation médicale 116

G. Robin. — La fatigue intellectuelle chez l'enfant 117

W. Malamud et C. Palmer. — Le rôle joué par la masturbation dans l'étiologie des troubles mentaux 117

E. Menninger. — Prophylaxie de l'influence aggravante de la menstruation sur les maladie latentes et persistantes, particulierement les psychoses et la tuberculose pulmonaire..... 117

(*Suite du sommaire page X*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pedagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE TARTAKOWSKY, Dir. Général OUVERT TOUTE L'ANNÉE

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Dates des séances 118
Nécrologie 118
Asiles publics d'aliénés :
Nominations 118
Création de poste 119
Association amicale des Internes et anciens Internes des Asiles de la Seine 119
Nouveau Règlement du concours de l'Internat en Médecine des Asiles publics d'Aliénés de la Seine 119
Hygiène et Prophylaxie :
Deuxième Congrès International d'Hygiène mentale 12
IIIe Semaine nationale espagnole d'Hygiène mentale 12
Union internationale contre le péril vénérien 12
Nécrologie :
Paul Sollier (1861-1933) 12

INFORMATIONS

Congrès International des Infirmières..... XII

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIIIe), chez le Dr Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : Dr Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442
SERVICE MÉDICAL NYON 441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

INFORMATIONS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES

Le Congrès International des Infirmières qui réunira plus de 3000 déléguées se tiendra à *Paris* du 9 au 13 juillet et à *Bruxelles* du 13 au 15 juillet, sous la présidence de Mlle *Chaptal*, Présidente du Conseil International des Infirmières.

Les questions mises à l'ordre du jour des séances sont celles qui préoccupent le plus, dans tout les pays, ceux qui sont chargés de veiller à la santé publique :

La responsabilité de l'infirmière vis-à-vis des conseils du médecin. — L'infirmière et ses relations avec le patron et l'employé. — Les heures de travail dans les hôpitaux publics, etc...

Secrétariat du Congrès : 6, rue François Ier à Paris.

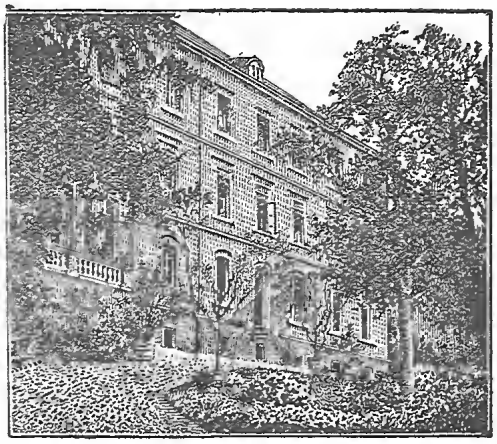
CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses

et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :
D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :
D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE

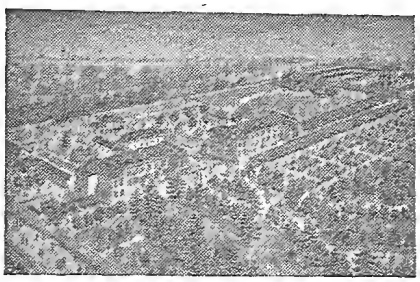
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
—
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
—« PRIX MODÉRÉS »—



VILLA LUNIER
à BLOIS
consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

GRAND ÉTABLISSEMENT

HYDROTHÉRAPIQUE

DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

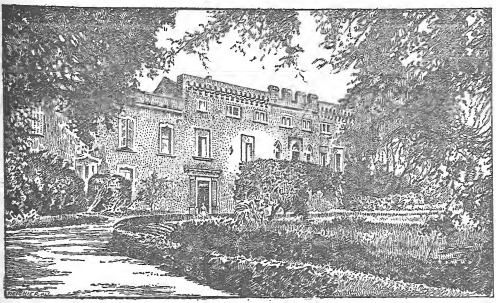
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**

GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-l-arsinate de sodium

Traitement efficace pour un pourcentage élevé des cas
même avancés

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

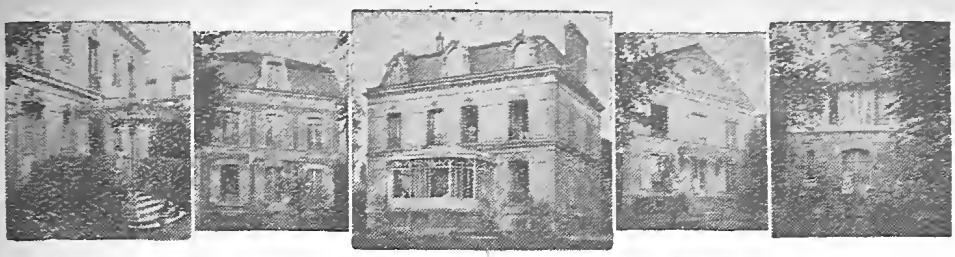
DMELCOS

Stock-vaccin
Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

Tous les avantages de la Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

à chacun sa dose

réglable à volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon - PARIS

JUBILÉ MÉDICAL POSTHUME DU Dr GEORGES CLEMENCEAU

(*Suite*)

M. Mourier, Ancien Sous-Secrétaire d'Etat au Service de Santé, et Directeur de l'Assistance publique ; MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de Médecine de France, ayant à leur tête le Professeur Roussy, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; MM. les Professeurs d'Arsonval, Edouard Branly, Charléty, Souques, Balthazar, Roux, J.-L. Faure, Léon Bernard, Cunéo, H. Roger, Legueu, Georges Dumas, Sergent, Nobécourt, E. Forgue, Bezançon, Achard, Roule, Bardier, Escat, Drs Laubry, de Gennes.

Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, samedi 11 novembre 1933, à 20 h. 45.

Programme

Causerie, avec projections et film, sur « Georges Clemenceau, médecin », par le Dr Dartigues, Président-Fondateur de l'UMFIA (*Union Médicale Latine*).

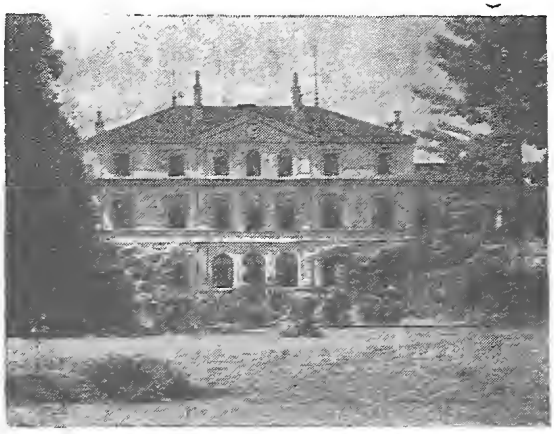
(*A suivre, page d'annonces XX*).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GÉNOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

JUBILÉ MÉDICAL POSTHUME DU Dr GEORGES CLEMENCEAU

(*Suite*)

Concert artistique, avec le concours de la Musique de la Garde Républicaine, de l'Orchestre des Concerts Colonne, et d'artistes de la Comédie-Française et de l'Opéra.

Tout souscripteur de 100 francs recevra une carte pour la Soirée de Gala du 11 novembre et une médaille de CLEMENCEAU-MEDECIN, par le Dr Villandre.

Prix des places : 30 et 10 francs.

Invitations. — Un certain nombre de places seront offertes aux aveugles et mutilés de guerre.

Le Comité d'organisation espère que nos confrères *tiendront à cœur* de participer à l'hommage qui sera rendu au Dr Georges Clemenceau, afin de permettre la *fondation Clemenceau-Umfia,* à la Cité Universitaire. Il est demandé aux médecins, aux laboratoires, de nous envoyer leurs souscriptions à l'*Union Médicale Latine,* 81, rue de la Pompe, Paris, 16e.

(*A suivre, page d'annonces XXII*).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES
— ET NERVEUSES —

Asiles

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

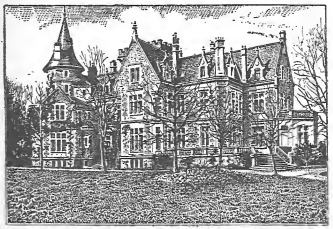
ANCY

OGIQUE

ICIENTS

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

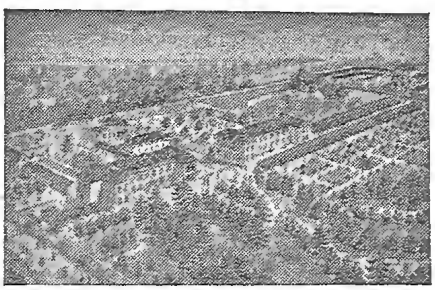
JUBILÉ MÉDICAL NOEL 1933 SUR LA COTE D'AZUR

Concert artistique ...cal *international de Noël* organisé, comme les ... Société médicale du Littoral méditerranéen, se Républicaine, de ...ice, le mardi 26 Décembre. Le lendemain, le la Comédie-Fra...cera par la route de la Grande Corniche, où l'on

Tout sous... ...servatoire de Nice, le Trophée d'Auguste à La Turbie, Gala du 11 ...médiéval de Roquebrune, le cap Martin, Menton, et le par le D^r ...e Grimaldi. Après un séjour à Monaco et Monte-Carlo, Prix d'... ...dra à Nice par Beaulieu, le cap Ferrat, Villefranche et le ...ron. Le samedi 30 Décembre, journée de repos à Nice. Ensuite on ira visiter Vence et ses établissements de cure, Grasse avec ses fabriques de parfums, le Cannet, le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, le cap d'Antibes, Super-Cannes (panorama des Alpes). Le voyage se terminera le mardi 2 Janvier, à Cannes.

En raison du X^e anniversaire des voyages organisés par la Société médicale, les réceptions de Noël 1933 seront particulièrement brillantes. En outre, les adhérents au voyage assisteront, le jeudi 28 Décembre, à la première assemblée solennelle de l'*Insti-*

(*A suivre, page d'annonces XXIV*).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

VILLA MARANCY

à PAU (Basses-Pyrénées)

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

pour GARÇONS NERVEUX, INSTABLES, et tous DÉFICIENTS DÉLICATS, CONVALESCENTS, ANÉMIÉS

Direction médicale : Dr **MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles

Cet établissement est situé à 2 kilomètres de PAU au climat toni-sédatif si réputé. Tout à fait spécial pour l'instruction, l'éducation et le traitement de tous déficients, il comprend tout confort moderne : chauffage central, électricité, hydrothérapie, etc. Grand parc de 2 hectares. Pleine exposition au Midi.

PRIX : *2 Classes* { depuis 450 fr. par mois. / depuis 800 fr. par mois.

SECTION SPÉCIALE PARTICULIÈRE POUR DÉBILES MENTAUX

NI CONTAGIEUX, NI ALIÉNÉS

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12e)

VOYAGE DE NOEL 1933 SUR LA COTE D'AZUR

(*Suite*)

tut international d'Études des Radiations solaires, terrestres et cosmiques, récemment créé par la *Société médicale du Littoral.*

Deux *excursions facultatives* seront placées, au début et à la fin du voyage, pour les adhérents qui pourront disposer d'un temps assez long : l'une dans les *Alpes*, le 26 Décembre (à Beuil, station de sports d'hiver) ; l'autre, dans l'*Estérel*, le 2 Janvier (Fréjus et ses monuments romains, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas et la route de la Corniche d'Or). — Une excursion en *Corse* pourra aussi être organisée si un nombre suffisant de voyageurs en fait la demande.

L'accès des voyages de la Société médicale du Littoral, est ouvert à la famille des médecins et aux étudiants en médecine. Ces voyages ont pour objet de faire connaître les richesses climatiques et touristiques d'une région de la France particulièrement bien douée ; ils visent aussi à resserrer les liens affectueux

(*A suivre, page d'annonces XXVI*).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG
2, Rue Boucicaut -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

ConfortModerne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

—

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

VOYAGE DE NOEL 1933 SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

qui unissent la grande famille médicale, en offrant à ses membres l'occasion de réunions amicales, qui constituent des vacances aussi agréables qu'instructives.

Les adhérents recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, valable en toutes classes, du 15 Décembre au 14 Janvier. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles et Marseille. Le *droit d'inscription au voyage* est de *100 francs* et l'inscription est ouverte dès à présent. Le nombre des places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

Pour avoir des renseignements plus complets et le programme détaillé, prière d'écrire au *Secrétariat de la Société médicale du Littoral*, qui répondra gratuitement à toutes les questions. La *cotisation* pour le voyage est fixée à *1.000 francs* et cette somme peut être payée par mensualités de 200 francs.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— **Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne)** —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'**instruction**, l'**éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.



NEURINASE

amorce le sommeil naturel

Insomnie
Troubles nerveux

Echons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Professeur Henri Claude. Asile clinique : 1, rue Cabanis

CONFÉRENCES DE PSYCHIATRIE

Le Dr Henri Ey, chef de clinique à la Faculté, médecin des Asiles, fera pour l'année 1933-34 une nouvelle série de conférences à partir du 15 octobre. Cet enseignement comporte, par semaine, une présentation de malades l'après-midi à la clinique du professeur Claude et le soir du même jour une conférence à 21 heures ; il s'adresse spécialement, mais non exclusivement, aux candidats au Médicat des Asiles. Chaque conférence est dactylographiée. Pour inscription et renseignements, s'adresser au Dr Henry Ey, 1, rue Cabanis (14e).

" LA MÉTAIRIE "
près NYON

Adresse : « La Métairie », Nyon (Suisse). *Téléphone :* 26, à Nyon.

Disposition : 6 villas disséminées dans un grand parc. Séparation complète des différentes formes de maladies. Situation splendide au bord du Lac Léman, à 20 km. de Genève. Vie de société. Tennis, sports.

Affections traitées : Maladies nerveuses et mentales, toxicomanies (alcoolisme, morphine, etc.). Cures de repos et convalescence.

Confort : Eau courante chaude et froide. Salles de bains. Chauffage central. Chambres particulières ou appartements de 1 à plusieurs pièces.

Traitements : Thérapeutique par le travail : ateliers d'arts, leçons par professeur dans l'établissement, jardinage, etc. — Psychothérapie : analyse psychologique, méthodes suggestives. — Physiothérapie : massage, gymnastique, électricité, hydrothérapie. — Malariathérapie et toutes pyrétothérapies.

Médecins : 3 médecins résidant dans l'établissement et nombreux personnel spécialisé.

Médecin en chef : Dr M. Guillerey.

Demandez prospectus à l'Administration.
Tous autres renseignements à la Direction médicale. — Prix modérés.

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

M. Sosset. — Recherches sur les troubles de la mémoire (*suite*)..... 129
H. Claude et P. Masquin. — L'examen du fonds mental des paralytiques généraux par la méthode des tests..... 173
A. Costedoat. — Les troubles psychiques de l'ergotisme épidémique..... 185
M. Laignel-Lavastine et G. D'Heucqueville. — Les différentes tonalités affectives des épileptiques traités..... 196

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 13 juillet 1933

Adoption du procès-verbal 205
Correspondance 205
Subvention du Conseil général de la Seine 205
A. Courtois, H. Pichard et A. Liber. — Myxœdème acquis avec troubles mentaux. Anomalies régressives. Influence de l'opothérapie 206
J. Capgras, E. Joaki et Ellenberger. — Psychose présénile. Négations systématiques et érotomanie 209
G. Heuyer et D. Lagache. — Syndrome d'influence symptomatique d'une encéphalite, impulsions, suicide et homicide 214
G. Heuyer et J. Lacan. — Un cas de perversion infantile par encéphalite épidémique précoce diagnostiqué sur un syndrome moteur fruste 221
G. Heuyer et J. Dublineau. — Etat démentiel chez un enfant, consécutif à une intoxication oxycarbonée chronique .. 223
X. et P. Abély, Couléon et Trillot. — Manie intermittente et hyperplasie hypophysaire 229
H. Claude et J.-R. Cuel. — A propos de la réaction de Zondek dans les états maniaques 233

(*Suite du sommaire page II*).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 6 juillet 1933

J. Decourt et L. Baldenweck. — Syndrome de Schmidt à évolution aiguë 240
J. Lhermitte, J. de Massary et J.-O. Trelles. — Myoclonies rythmées du voile du palais, des lèvres et du larynx 240
Guy-Laroche et B. Klotz. — Un cas de syndrome de Klippel-Feil avec quadriplégie spasmodique 241
Laignel-Lavastine, J. Fouquet et B. Klotz. — Paraspasme facial bilatéral post-encéphalitique 241
G. Guillain et P.-R. Bize. — Torticolis spasmodique et sclérose en plaques 242
L. Michaux et J. Hesse. — Un cas de maladie osseuse de Paget à déterminations exclusivement craniennes. Surdité. Double souffle aortique. Origine hérédo-syphilitique probable 242
Lévy-Valensi, J. Besançon, Cuel et Leblanc. — Paraplégie flasque foudroyante. Méningiome spinal avec hémorragies intra et péri-tumorales 242
G. Guillain, Y. Bertrand et J. Lereboullet. — Neurinome des nerfs mixtes : prolongement extracranien de la tumeur 242
G. Guillain, M. Aubry, I. Bertrand et J. Lereboullet. — Hémangiome kystique du IVe ventrieule ; syndrome vestibulo-spinal ; nystagmus de position 243
J. Lhermitte et J.-O. Trelles. — La neurolymphomalose périphérique chez l'homme .. 243
J. Guillain, Ivan Bertrand et Thurel. — Un cas anatomo-clinique d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse 243
P. Mollaret. — Cas sporadique du syndrome de Roussy-Gabrielle Lévy 243

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 17 juin 1933

Visite de Merxplas 244

Société belge de Neurologie

Séance du 24 juin 1933

P. Divry et M. Moreau. — Présentation de deux malades 244
M.-H. Callewaert. — Réflexe achilléen par « pincement de la corde » 245
P. Borremans et L.-V. Bogaert. — Myélomalacie post-traumatique très tardive chez un alcoolique 246
J. de Busscher et A. Dewulf. — Médulloblastome du 4e ventrieule avec métastase tubérienne sans syndrome infundibulaire 246

(*Suite du sommaire page IV*).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

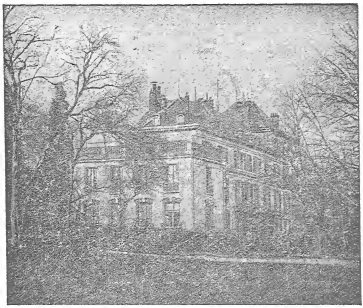
Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués** ou **psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

Bror Gadelius. — La mentalité humaine *à la lumière de l'expérience psychiatrique. Esquisse de Psychiatrie générale* 247
P. Sivadon. — Les psychoses puerpérales et leurs séquelles. L'encéphalite psychosique post-puerpérale 248
Mlle Charlotte Truche. — Les modifications biologiques du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme aigu et chronique 248

Neurologie.

G. Guillain. — Etudes cliniques, *cinquième série* 249
L. Rimbaud. — Précis de Neurologie 250
R. Pauly. — La maladie de Heine-Medin de l'adulte 251

Biologie.

M. Huybrechts. — Le *p*H et sa mesure. Les potentiels d'oxydo-réduction. Le *r*H 252

Endocrinologie.

R. Rivoire. — Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie 252

Thérapeutique.

L. Deschilde. — Recherches de pharmacodynamie humaine avec la vagotonine 253
G. Laroche. — Opothérapie endocrinienne. *Les bases physiologiques. Les syndromes. Posologie de l'opothérapie* (2e édition) 253
A. Ravina. — L'année thérapeutique. *Médications et procédés nouveaux* 254

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

G. Bychowski. — Considérations sur les états de stupeur schizophrénique 254
L.-É. Hinsie. — Le syndrome catatonique dans la démence précoce 255
C.-H. Bellinger. — Pronostic de la forme catatonique de la schizophrénie 255
Heuyer et Le Guillant. — Le début de la démenee précoce 256
Braulio A. Moyano. — Les démences préséniles : maladie d'Alzheimer et atrophie de Pick.. 256
Pilcz. — Artériosclérose cérébrale et service du front 257
Th. Gött. — A propos du rachitisme cérébral ou de la démence rachitique 257
L.-J. Adelstein et M.-G. Carter. — Importance des psychoses en tant que manifestation initiale des tumeurs cérébrales..... 257
F. Morel. — Contribution à l'étude des hallucinations visuelles du délirium tremens.. 257
T.-C. Graves. — Sinusite et troubles mentaux ; manifestations cliniques 258

(*Suite du sommaire page VI*).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

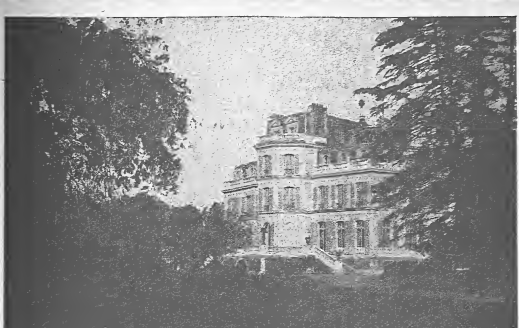
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44**.

F.-A. Pickworth. — La pathologie des sinus de la face et ses rapports avec les troubles mentaux 258

Psychologie.

Sollier et Drabs. — Le problème des aptitudes 258
M.-P. Guillaume. — L'objectivité en psychologie 259
H. Vallon. — La conscience de soi. Ses degrés et ses mécanismes de trois mois à trois ans 260
R. Ruyer. — Un « modèle mécanique » de la conscience 260
W. Heinrich. — Disparition périodique des sensations 260
P. Guillaume. — A propos d'une explication psychologique 261
M.-L. Verlaine. — L'instinct et l'intelligence chez les Hyménoptères : Les sociétés d'insectes ont-elles des traditions ? 261

Psychanalyse.

E. Jones. — Psychanalyse 261
R. Allendy. — La part de la psychanalyse dans la connaissance 262
Ch. van Acker. — Le complexe d'Œdipe... 262
A. Niceforo. — Transformations des instincts profonds et auto-consolations..... 262
S. Nacht. — Sur deux cas de traitement psychanalytique suivis de guérisons rapides.... 263

Neurologie.

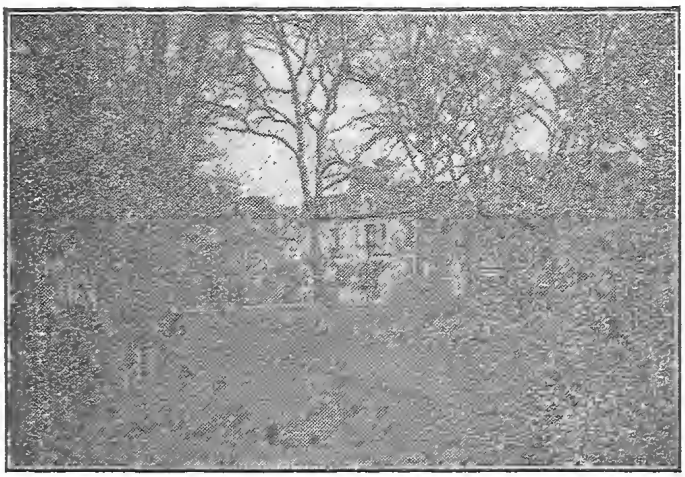
D. Borreguero. — Contribution à l'étude de la sclérose en plaques 263
V. Dimitri. — Hémiplégie douloureuse et hémianalgésie par lésion de la protubérance associées à un processus tabétique 263
Krayenbühl. — Contribution à la symptomatologie de la syringobulbie..... 264
J. Vitek. — Nouvelle méthode décompressive et évacuatrice de la cavité syringomyélique par ponction faite à son pôle inférieur. Ponction bipolaire de la cavité syringomyélique... 264
V. Christiansen. — Autour des tumeurs juxta-médullaires 264
W. Penfield. — Tumeurs des enveloppes du système nerveux 265
E. Moniz, A. Alves et F. de Almeida. — La visibilité des sinus de la dure-mère par l'épreuve encéphalographique 265
M. Wolff. — Méningite séreuse consécutive à un processus purulent dans le sinus maxillaire 265
G. Bewley. — Méningite tuberculeuse avec xanthochromie 265
D. Danielopolu. — Le ganglion étoilé est-il le centre réflexe de production de l'accès angineux 265
V. Haskovec. — L'influence du système neuro-végétatif sur le système réticulo-endothélial 266
Laignel-Lavastine. — Sympathique et Rhumatisme 266
Mme Adam-Falkiewitch. — Un cas d'apraxie sympathique gauche avec hémiplégie droite 266
G.-B. Audo-Gianotti. — Le parkinsonisme sulfocarboné professionnel 266

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYSTÈME NERVEUX, DES INTOXICATIONS ET DES MALADIES DE LA NUTRITION.

Repos - Convalescence - Régimes
Rayons U. V. - Diathermies

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Galeries ensoleillées — Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE TARTAKOWSKY, Dir. Général OUVERT TOUTE L'ANNÉE

M. Faure-Beaulieu. — Hémisyndrome parkinsonien par traumatisme périphérique.... 266
A. Colin. — La chorée ; infection du cavum 267
W. López-Albo. — Un cas de paralysie postsérique 267
P. Remlinger. — Les accidents paralytiques du traitement antirabique au cours de ces dernières années 267
A. Ravina. — Lésions des nerfs périphériques consécutives aux injections intra-veineuses et manière de les éviter 268

Anatomie.

B. Dietrich. — A propos d'un cas de schizophrénie avec lésions singulières du système osseux 268
G. Kuhnel. — La forme constitutionnelle de la main 268
V. Dimitri. — Dégénéreseences nerveuses rétrogrades. Etude anatomoclinique et expérimentale 268
W.-L. Bruetsch. — L'histopathologie de la malariathérapie (fièvre tierce) 269
A. Bonhour. — Les plaques séniles 269
Ammossor et Masjillo. — Anatomie pathologique et pathogénie des « affections systématisées syphilitiques » du système nerveux central 269
P. Bailey. — Diagnostic histologique des tumeurs du cerveau 270
H.-M. Zimmerman et K. Finley. — Hypoplasie congénitale du tractus olivo-ponto-cérébelleux 270
Mme L. Bender. — Fibres corticofuges et d'association provenant du cortex du vermis du cervelet 270

Biologie.

A. Lemaire et R. Worms. — Les variations de la tension du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de la saignée 271
F. Bianchini et P. Sandri. — Recherches expérimentales sur le liquide céphalo-rachidien. Rapport du glucose dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien 271
R. Pasqualini et P. Brunelli. — Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien des déments précoces 272
L. Ciampi, A. Bruno et L.-B. Ansaldi. — La réactivation du liquide céphalo-rachidien.... 272
H. Claude, H. Baruk et H.-R. Olivier. — Polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans le sommeil cataleptique et dans la stupeur catatonique 272
R.-J. Guiral. — La dissociation de la tension rétino-humérale 273
G. Colognese. — La pression moyenne dans la démence précoce 273
Rose Bellincioni. — La réaction xanthoprotéique dans diverses maladies mentales 273
V. Martinengo. — Des globules du sérum sanguin dans les maladies mentales 273
B. Lois Asorey. — Contribution à l'étude des altérations du métabolisme de la créatinine et ses relations avec la réaction du milieu et l'excitabilité chez les malades mentaux.. 274

(Suite du sommaire page X).

ANÉMIES
Graves : Biermer, etc.
Palustres : Insuffisance Hépatique
Secondaires :
Tuberculose. Endocardite, Néphrite, etc
Post-Hémorragiques :
Opérations, Accouchements, etc.
Consécutives au
TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE
sont justiciables du
TRAITEMENT
DE WHIPPLE
PAR L'
HÉPATROL
Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES
Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IV

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442
SERVICE MÉDICAL NYON 441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur **O.-L. FOREL,** Privat Docent à l'Université de Genève

E.-O. Pascual, S. Montejo, J. Galan y A. Oliver. — Le métabolisme pigmentaire dans l'hypothyroïdisme incipiens. Discussion et nouvelles déductions au sujet de l'anémie pernicieuse 274
Halina Jankowska. — Troubles de l'équilibre acido-basique dans la Psychose maniaque-dépressive et sous l'influence d'émotions... 274
Halina Jankowska. — Le métabolisme basal sous l'influence des affects dans la Psychose maniaque-dépressive 274
Legrand A. Damon. — Taux du métabolisme basal dans l'épilepsie. Exposé de 350 cas.. 275
R. Topstein. — Pathochimie du cerveau. 1re partie : Paralysie générale 275
H. Hoff et E. Weissenberger. — Action expérimentale des ondes courtes sur les fonctions cérébrales chez l'homme 275

Endocrinologie.

M. Pennachietti. — Idiotie mongolienne et hyperthyroïdisme 275
S. Morrison et M. Lévy. — Le facteur thyroïdien dans la paralysie familiale périodique. Description d'un cas 276
G. Crile. — Diagnostic et traitement de l'hyperthyroïdisme avec discussion des derniers résultats 276
G. Peghini. — Sur la présence de l'hormone antéhypophysaire dans le tuber cinereum et dans le liquide ventriculaire chez l'homme... 276
L. Prussak. — Un cas de tumeur de l'hypophyse à évolution insolite 276
M. Villaret, L. Justin-Besançon et R. Cachera. — Contribution à l'étude des troubles vasculaires périphériques au cours des perturbations de la sécrétion ovarienne 277
I. Pines. — Innervation spinale de glandes sexuelles femelles (travail expérimental) 277
W. Sterling. — Pathologie du caractère et ses relations avec les troubles de la sécrétion interne 277
P. Mauriac. — Les troubles de la régulation neuro-endocrinienne dans la pathogénie du diabète 278

Hygiène et prophylaxie.

J. Castejon. — Proposition de comprendre parmi les maladies à déclaration obligatoire les troubles mentaux, l'alcoolisme, la toxicomanie et les maladies vénériennes 278

Thérapeutique.

J. Vinchon et P. Bourgeois. — Essai de traitement de la Mélancolie par l'hématoporphyrine 279
G. Petit. — Curiethérapie des psychoses .. 279
H.-D. Palmer et A.-L. Paine. — Thérapeutique des psychoses par la narcose prolongée.. 279
L.-E. Staehelin. — Thérapeutique somatique des psychoses graves, à l'intérieur de l'asile et au dehors 280
D.-M. Millan. — Le Nembutal dans la clientèle mentale hospitalière 280
H. Goldbladt et A. Krapewkin. — Essais de traitement de la schizophrénie par la transfusion du sang 280

(*Suite du sommaire page XIV*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

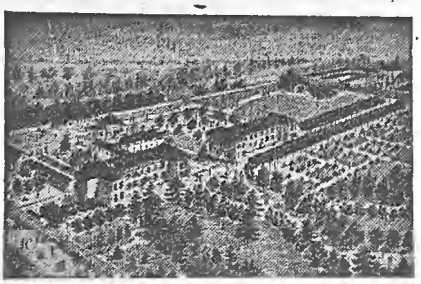
Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*
Téléphone : LE VESINET 12



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

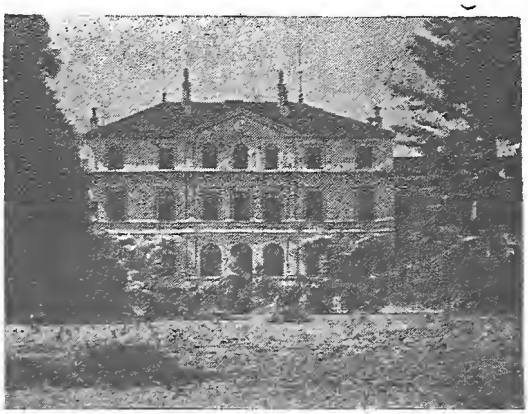
Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

PSYCHOSES -- NEVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR :

D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECIN ASSISTANT :

D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Moyens de communication :

Chemin de fer Paris-Sceaux : Gares Luxembourg, Port-Royal, Denfert

Tramways : Porte d'Orléans-SCEAUX-Châtenay

Téléph. : 12

P. Iossmann. — Traitement spécifique de la syphilis et temps d'incubation de la paralysie générale et du tabès 281
W.-D. Nicol. — Revue de 7 années de malariathérapie dans la paralysie générale 281
B. Reid. — Paralysie générale ; résultats de 8 années de malariathérapie 281
M. Lévi-Bianchini et J. Nardi. — Malariathérapie des psychoses non-luétiques 281
T.-D. Power. — Etude sur la pyrétothérapie 282
St. Swierczek et St. Kaiserowna. — Le traitement de l'épilepsie. Etudes comparatives 282
Mlle El. Jacob et P. Doussinet. — Recherches sur certaines formes d'azotémie en médecine mentale 282
J. Dumont et R. Pierret. — La sérothérapie cérébrospinale. Qu'en penser ? 282
R.-M. Brickner. — Expérience de traitement des scléroses multiples par le chlorydrate de quinine 283
R. Leriche. — L'avenir et la signification de la chirurgie des parathyroïdes 283

Médecine légale.

R. de Saussure. — Les délinquants psychopathes 283
J. Fuster. — Contribution à l'étude expérimentale de la psychologie du délinquant. L'épreuve de la pénalisation des délits 284
M. St. Batawia. — Le caractère criminel .. 284
L. Berman. — Crime et glandes endocrines 285
H. Damaye. — Les impulsions sexuelles des alcooliques 285
J. Fuster. — Les annexes psychiatriques dans les prisons 285
E. Nelson. — L'évolution du tribunal des mineurs 286

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Dates des séances 287
Nécrologie 287
Asiles publics d'aliénés :
Légion d'honneur 287
Vacance de Postes 287
Création de Poste 288
Hygiène et Prophylaxie :
Parti social de la santé publique..... 288
Association internationale de Pédiatrie préventive 288

INFORMATIONS

Voyage d'études et croisière aux Etats-Unis XXIV

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

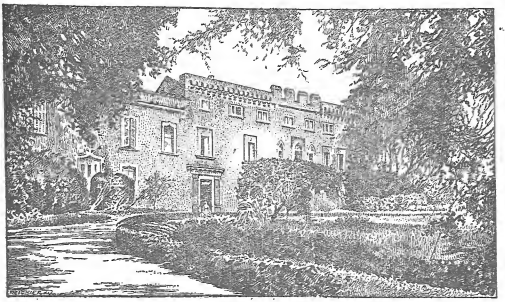
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

Gardénal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0gr,10, 0gr,05 ET 0gr,01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS - 3ème

SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

G. Petit. — Régression juvénile, inversion sexuelle par hyperendocrinie dans la manie et la cyclothymie 289
G. Halberstadt. — Un cas de psychose paraphrénique complexe..... 302
P. Prengowski (de Varsovie). — Une forme spéciale de troubles de l'association des idées..... 312
L. Cruveilhier, A. Barbé et S. Nicolau. — Action du vaccin antirabique pastorien sur les accès épileptiformes, les psychoses hébéphréno-catatoniques et les états parkinsoniens 342

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 23 octobre 1933

Adoption du procès-verbal 351
Correspondance 351
Date de l'Assemblée générale de décembre 352
Election d'un membre étranger 353
René Charpentier. — A propos de la

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr Charles GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

Réforme du Code pénal 353
X. et P. Abély. — L'internement des pervers constitutionnels 369
M. Desruelles, P. Léculier et Mme P. Gardien. — Effets de la vagotonine sur 200 aliénés. Etude biologique et thérapeutique 371
H. Claude, J. Dublineau et Dorolle. — Action de la vagotonine sur le réflexe oculo-cardiaque dans quelques cas d'anxiété 376
M. Cahane et T. Cahane. — Sur le traitement de l'azotémie de certaines psychoses aiguës 381
C. Popa Radu. — Deux cas d'hypomanie avec délire d'imagination 385

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIII[e] Réunion Neurologique internationalle annuelle

(Paris, la Salpétrière, 30 et 31 mai 1933)

I. L'arachnoïdo-piémérite cérébrale (rapporteur : H. Claude) 394
II. Méningites séreuses internes ou ventriculaires (hydrocéphalies internes). — (Rapporteur : Gaetano Boschi) 396
III. L'arachnoïdite spinale et l'arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure (Rapporteur : J.-A. Barre) 398
IV. Traitement chirurgical des méningites séreuses (Rapporteur : D. Petit-Dutaillis) ... 401

Communications

Pavia et Repetto. — Paralysie de l'élévation avec œdème de la papille ; amélioration des symptômes par la radiothérapie profonde. 404
G. Guillain, Garcin et Sigwald. — Considérations sur les arachnoïdites spinales 404
G. Rizzo. — Rapports entre les pressions liquidienne et sanguine 404
Medea. — Diagnostic différentiel entre méningite

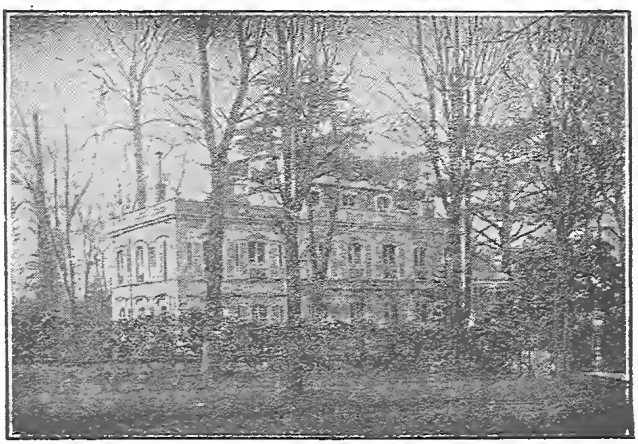
(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

Médecin-directeur : Dr BUSSARD
Médecin assistant : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

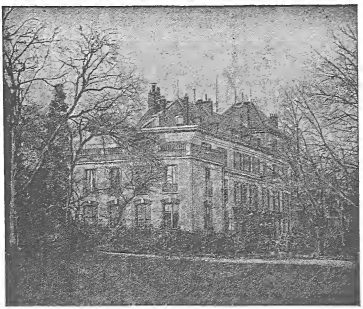
Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

Fondée par
M. le Dr MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

Médecins Directeurs :

Dr FILLASSIER O. ✻ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

séreuse et tumeur cérébrale 404

Catola. — Leptoméningite chronique basse avec syndrome de la queue de cheval et kyste séreux lombaire 404

H. Roger et Alliez. — Dix cas d'arachnoïdite spinale 405

Knud Winther. — La méningite séreuse d'origine encéphalique 405

Tassovatz. — Evolution cytologique de quelques méningites séreuses chez l'enfant 405

Campailla. — Recherches sur la circulation du liquide spinal pratiquées avec des injections de sulfophénolphtaléine 405

Minkowski. — Méningite séreuse post-traumatique chronique guérie par une seule ponction lombaire 405

Guillain, I. Bertrand et Thurel. — Méningite basilaire et spinale à cysticerques racémeux 405

Brunschweiler. — Quelques cas d'arachnoïdite 406

Van Gehuchten. — Arachnoïdo-piémérite généralisée à toute la convexité et post-traumatique 406

Monier-Vinard et Petit-Dutaillis, — Epidurite au cours d'une méningite cérébro-spinale. 406

V. Sur la ventriculographie. (Rapporteurs: C. Vincent, M. David et P. Puech) 406

VI. Sur l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. (Rapporteurs : C. Vincent, Mlle F. Rapoport et H. Berdet) 408

Communications

Meyer. — Le repérage ventriculaire chez le nourrisson et l'enfant 410

B. Govanes. — L'hyperthermie réactionnelle dans l'encéphalographie 411

Froment, Wertheimer et Dechaume. — Cysticercose cérébrale et ventriculographie... 411

Schröder et Knud Winther. — A propos de la ventriculographie 411

Wertheimer, Fontaine et Dechaume. — Hydrocéphalie interne traumatique expérimentale 411

Wertheimer, Fontaine, Lévy et Dechaume. — Encéphalographie expérimentale chez le chien 411

Brunschweiler. — Un cas de ventriculographie lipiodolée 411

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : **Gob. 01.67**

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : **Docteur A. DELMAS**

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : **Docteur P. DELMAS**



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF

DESINTOXICATIONS

CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — **GRAND CONFORT**

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

SOCIÉTÉS

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 29 juillet 1933

De Greef. — Différenciation des tempéraments 412
Cleen et Goemans. — Deux cas de vagabondage par aliénation mentale 413

Séance du 30 septembre 1933

G. Vermeylen. — Manifestations psychopathiques à la suite de traumatismes craniens chez l'enfant 414
H. Baonville, J. Ley et J. Titeca. — Psychose hallucinatoire chez un trypanosomié.... 414
Sano. — Le traitement de la schizophrénie 415
Moreau. — Un cas d'hyperostose frontale interne en 1786 415

Société belge de Neurologie

Séance du 29 juillet 1933

P. Martin. — Tumeur cérébrale ; présentation du malade 416
J. Dagnélie. — Nucleus diaphragmœ..... 416
J. Vandenbranden et J. Dagnélie. — Sur un procédé de diagnostic différentiel entre les lésions vestibulaires périphériques et les lésions vestibulaires contrales 416
P. Divry. — Attitude anormale de la tête et absence de troubles sensitifs dans un cas de tumeur de la couche optique 417
L. Van Bogaert. — Problèmes histo-pathologiques de l'idiotie familiale amaurotique (projections) 417
P. Borremans et L. Van Bogaert. — Syndrome d'inhibition psychomotrice avec anneau cornéen, pigmentations cutanées au cours de la trypanosomiase africaine (Etude histopathologique) 418

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYSTÈME NERVEUX, DES INTOXICATIONS ET DES MALADIES DE LA NUTRITION.

Repos - Convalescence - Régimes
Rayons U. V. - Diathermies

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Galeries ensoleillées — Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur : Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : ***Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS***
Médecin assistant : ***Docteur LECLERCQ***
Téléphone : LE VESINET 12

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychologie.

P. Janet. — L'amour et la haine 419

A. Binet. — L'amour et l'émotion chez la femme. Esquisse psychophysiologique 424

Ch. Blondel. — Le suicide 424

Sexologie.

A. Hesnard. — Traité de sexologie normale et pathologique 426

Thérapeutique.

L.-H. Inchauspe. — Le symptôme, le patient et la crédulité 428

A. Sézary. — Le traitement dc la syphilis.. 429

Médecine légale.

A. Beley. — L'enfant délinquant (pathogénie et prophylaxie de ses actes anti-sociaux).. 429

E. Sampaio. — Méthodes psychologiques en medecine légale psychiatrique 430

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

H. Claude. — Rcmarques sur quelques essais de physiologie pathologique en pathologie mentale 431

R. Mallet. — L'obsession 432

J. Trabaud, Sami et Satti et Hosni-Sabah. — Note sur l'hystérie dans le Proche-Orient 432

J. Sanchis-Banús et D. Nieto. — Contribution casuistique à l'étude des psychoses gémellaires 432

G. Bychowski. — Sur la double genèse et le schéma constitutionnel des troubles psychopathiques 433

J. Dretler. — Recherches sur le rôle de la constitution et du caractère dans les syndromes paranoïaques de nature symptomatique.. 433

(Suite du sommaire page X).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes
Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse
Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière
dans la suppression totale des bruits
HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

H.-E. Faver. — Etude du caractère des sujets chez lesquels se développe la démence précoce catatonique 433
F. Plattner-Heberlein. — Personnalité et psychoses des schizophrènes pykniques et asthéniques 434
I. Lange. — L'héboïdic 434

Neurologie.

Minkowski. — La place de la Neurologie dans l'enseignement de la Médecine 434
Villarta et A. Culebras. — Un nouveau type de réflexes toniques. Le phénomène de la post-contraction ou contraction catatonique de Kohnstamm 435
F.-C. Grant. — Ventriculographie en encéphalographie. Leur valeur dans la localisation et le traitement des lésions intracraniennes... 435
J.-M. Sala Ginabreda. — L'encéphalographie chez l'enfant 435

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Datcs des séances 436
Asiles publics d'aliénés :
Légion d'honneur 436
Médaille d'honneur de l'Assistance publique 437
Nominations 437
Vacance de postes 437
Création de poste 437
Concours dc l'Internat en Médecine des asiles publics d'aliénés de la Seinc 437
Annuaire dc l'Internat cn Médecine des asiles de la Seine 438
Bibliothèque de l'Internat des asiles de la Seine 438
Université de Barcclone :
Création d'une chaire de psychiatrie et d'une chaire de neurologie à la Faculté de Médecine de Barcclone 439
Réunions et Congrès :
Réunion annuelle de l'Association espagnole de Ncuropsychiatrie 439

(Suite du sommaire page XII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

Congrès des médecins slaves et des médecins et naturalistes polonais 439
Congrès de la Société Italienne de psychiatrie 439
Assemblée de la Société Suisse de psychiatrie 440
Congrès international d'Hygiène 441
Conférence biennale d'Hygiène mentale, organisée par The National Council for Mental Hygiene 441
Congrès International de Psychologie.... 442
Hygiène et prophylaxie :
Le contrôle international du Commerce des stupéfiants 442
Les nouvelles lois eugéniques en Finlande 443
Les progrès de la stérilisation eugénique aux Etats-Unis 443
La stérilisation eugénique aux Etats-Unis 444
La stérilisation des anormaux en Allemagne 444
Loi allemande pour empêcher la transmission des maladies héréditaires (14 juillet 1933) 444
Nécrologie : Juliano Moreira (1873-1933)... 448

INFORMATIONS

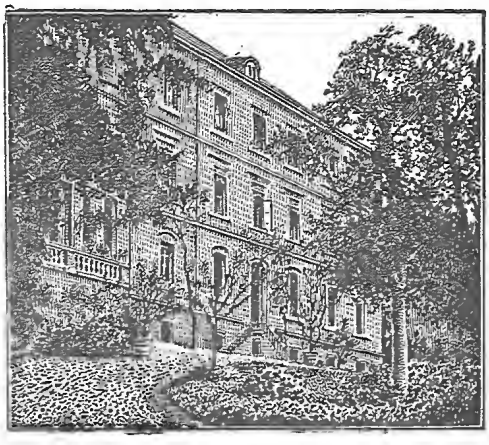
Jubilé médical posthume du Dr Georges Clemenceau XIV
Voyage de Noël 1933 sur la Côte d'Azur... XXII
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale XXVIII

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : Dr H. BERSOT

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D^r^ **PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

INFORMATIONS

JUBILÉ MÉDICAL POSTHUME DU Dr GEORGES CLEMENCEAU

sous la haute présidence de

M. Albert Lebrun,

Président de la République

Comité d'honneur

M. Michel Clemenceau ; Mme Jacquemaire-Clemenceau ; Mme Jung-Clemenceau ; Dr René Jacquemaire (à titre posthume) ; MM. les Membres du Corps Diplomatique des Nations Latines ; M. le Maréchal Pétain, le Général Gouraud, le Général Mordacq ; MM. les Médecins Inspecteurs généraux Sieur, Rouvillois, Cadiot, L. Boyé ; M. Honnorat, Ancien Ministre et Président de la Cité Universitaire ;

(*A suivre, page d'annonces XVIII*).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
—
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
—« PRIX MODÉRÉS »—

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

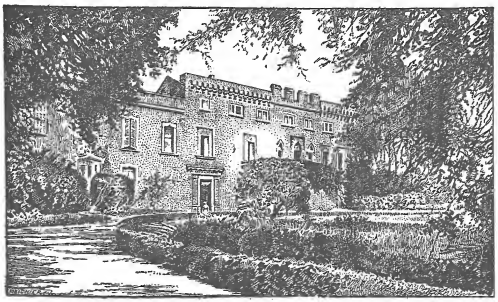
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

BUTYL-ÉTHYL-MALONYLURÉE

SONÉRYL

HYPNOTIQUE DOUX ANTALGIQUE

PARTICULIÈREMENT EFFICACE
DANS L'INSOMNIE
CAUSÉE PAR LA DOULEUR

PAR VOIE BUCCALE
COMPRIMÉS A 0gr,10, TUBES DE 20

PAR VOIE HYPODERMIQUE
SOLUTION A 10 %
BOITES DE 10 AMP. DE 2 C.C.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPÉCIA

MARQUES POULENC Frres & USINES DU RHÔNE_86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS

SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

H. Baruk. — La catatonie colibacillaire expérimentale et clinique (Description générale. Mécanismes pathogéniques. Premiers essais thérapeutiques)..... 449
G. Halberstadt. — Contribution à l'étude des psychoses d'involution. La dysphrénie antitonique..... 470
J. Tusques. — Contribution à l'histologie du délire aigu..... 482
H. Claude et L. Corman. — Syndrome catatonique atypique avec sursimulation chez un délirant chronique..... 492

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 27 novembre 1933

Adoption du procès-verbal 503
Correspondance 503
Election d'un membre correspondant national 504
Election de deux membres associés étrangers 504

(*Suite du sommaire page II*).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

H. Baruk et E. Trubert. — Psychose colibacillaire à forme onirique puis maniaque au cours d'une pyélonéphrite post-puerpérale 505

H. Baruk et Devaux. — Catatonie grave colibacillaire. Délire onirique intriqué avec la catatonie. Guérison clinique après sérothérapie 509

H. Baruk. — La catatonie colibacillaire expérimentale et clinique. Description générale. Mécanismes pathogéniques. Premiers essais thérapeutiques 524

M. Leulier, J. Picard et B. Casalis. — De certains troubles colibacillaires (cystites et phlébites) au cours des accès dépressifs 525

G. Heuyer et Lacan. — Alcoolisme subaigu à pouls normal ou ralenti. Coexistence du syndrome d'automatisme mental.... 531

G. Heuyer. — Un internement contesté. 547

N.-M. Arcalides. — Sur un cas d'encéphalite psychosique aiguë staphylococcique.. 550

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 16 novembre 1933

H. Baruk, G. Poumeau-Delille et Sicard. — Catatonie avec délire onirique au décours d'une typhoïde. Rôle respectif des toxines typhiques et colibacillaires 556

Faure-Beaulieu, R. Wahl et M. Brunel. — Syringobulbie à progression très lente et sans signes de syringomyélie..... 556

H. Schaeffer. — Paralysie faciale périphérique et sclérose en plaques 557

J.-A. Chavany et E. Bourdillon. — Polyradiculite sensitive récidivante provoquée par des injections de sels d'or 557

Lhermitte et F. Aman-Jean. — Un cas d'embolie gazeuse cérébrale à répétition avec hémiplégie

(Suite du sommaire page IV).

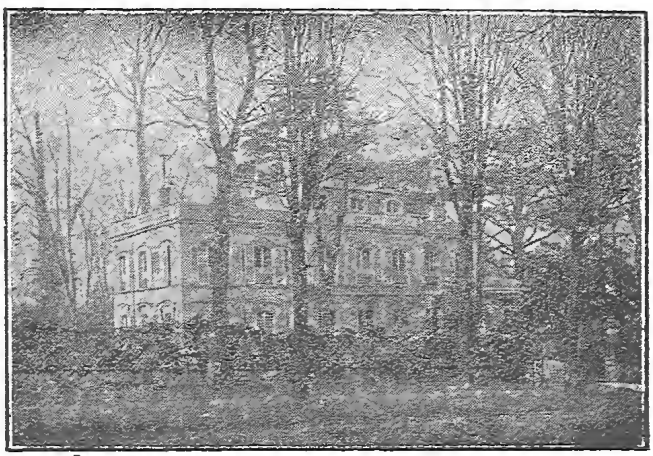
MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD

MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

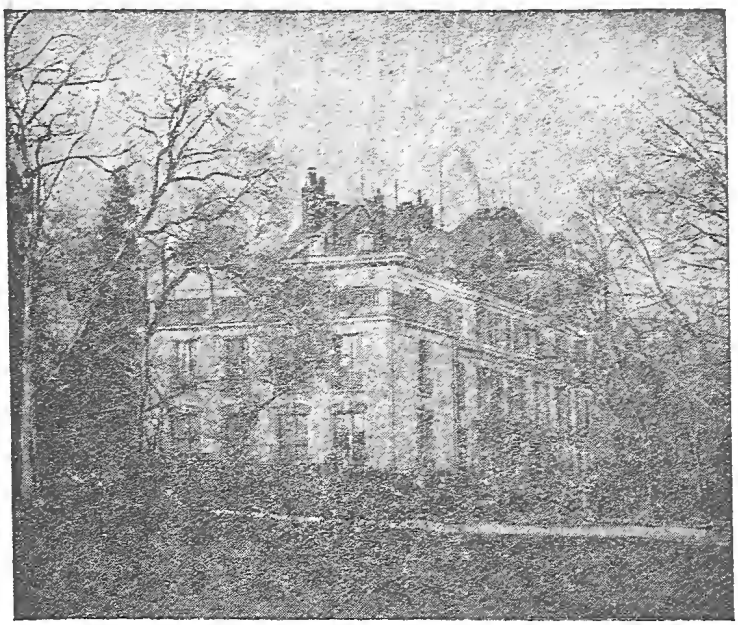
Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués** ou **psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

récidivante 557

G. Guillain, Petit-Dutaillis et L. Michaux. — Ependymome médullaire opéré. Guérison. Considérations anatomo-cliniques..... 558

Th. Alajouanine et R. Thurel. — La névralgie faciale : importance du stimulus ; dissociation de la zone d'excitation et du retentissement douloureux (déductions thérapeutiques).. 558

Th. Alajouanine et R. Thurel. — La pathogénie de la névralgie faciale..... 558

Cl. Vincent, G. Heuyer et Mlle Claire Vogt. — Tubercule pariéto-occipital opéré depuis trois ans 558

Laignel-Lavastine et N.-Y. Koressios. — L'Hémolyso-réaction 558

Laignel-Lavastine et N.-Y. Koressios. — Les formes ménopausiques de la sclérose en plaques 559

P. Schmite. — Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens par tumeur de la base du crâne. Diagnostic différentiel avec une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux..... 559

André-Thomas — Gliome kystique de la protubérance chez une achondroplase : clonies rythmiques du membre supérieur gauche..... 559

Guillain, I. Bertrand et P. Mollaret. — Etude anatomique d'un cas de myoclonies rythmées vélo-palato-pharyngées 559

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 28 octobre 1933

Vermeylen et Heernu. — Paralysie générale tardive. Présentation de la malade..... 560

Nève. — Un cas de paranoïa..... 560

L. Vervaeck. — La notion médico-légale du déséquilibre mental (*Discussion*) 561

Société belge de Neurologie

Séance du 28 octobre 1933

P. Van Gehuchten. — Rigidité pallidale avec spasme de torsion..... 562

J. de Busscher et L. Massion-Verniory. — Myopathies 562

L. Van Bogaert. — Myopathie myotonique familiale sans cataracte ni troubles endocriniens 563

De Groodt, Delhaye et L. Van Bogaert. — Forme maligne de la maladie de Recklinghausen 563

L. Van Bogaert. — Sclérose tubéreuse et spongioblastome 564

P. Van Gehuchten. — Contribution à l'étude des fibres spinothalamiques chez l'homme... 564

(*Suite du sommaire page VI*).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

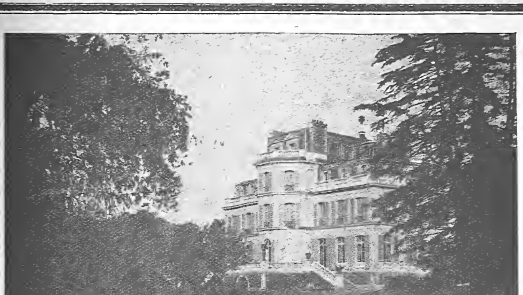
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)

Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR

Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF
DESINTOXICATIONS
CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — **GRAND CONFORT**

Nombreuses chambres avec bains privés

BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus,** 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer,** un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway,** par la ligne n° **44.**

RÉUNIONS ET CONGRÈS

84e Assemblée de la Société Suisse de psychiatrie

(Prangins, 7 et 8 octobre 1933)

W. Maïer. — Le problème des hallucinations 565
H. Ey. — Quelques aspects généraux du problème des hallucinations 566
H. Flournoy. — Le problème des hallucinations au point de vue psychanalytique..... 567

Communications

Lhermitte. — L'hallucination pédonculaire 570
L. Van Bogaert. — Hallucinations et phénomènes oculogyres 570
G. de Morsier. — Le syndrome hallucinatoire (automatisme mental) en pathologie générale. Le syndrome mystique. Un cas de syndrome hallucinatoire du type mystique au cours d'une syphilis cérébrale 570
M. Boss. — Des hallucinations « in state nascendi » 570
F. Morel. — De quelques caractères cliniques des hallucinations auditives verbales.... 570
C.-G. Tauber. — Les hallucinations au cours du processus de guérison dans les schizophrénies 570
J. Wyrsch. — Des hallucinations schizophréniques 570
De Jonge. — Hallucinations et énergie psychique 571
De Montet. — L'hallucination et le réel... 571

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Hygiène et prophylaxie.

G. Banu. — L'hygiène sociale de l'enfance 572
Ornulv Odegaard. — Emigration et folie. Etude des maladies mentales parmi les populations d'origine norvégienne du Minnesota..... 574

Psychiatrie.

P. Gannouchkine. — Clinica psicopatii..... 575
E. de Curton. — L'épilepsie consciente et mnésique 577
D. Radu. — Contribution à l'étude du syndrome de Korsakoff aigu 577

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYSTÈME NERVEUX, DES INTOXICATIONS ET DES MALADIES DE LA NUTRITION.

Repos - Convalescence - Régimes
Rayons U. V. - Diathermies

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Galeries ensoleillées — Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

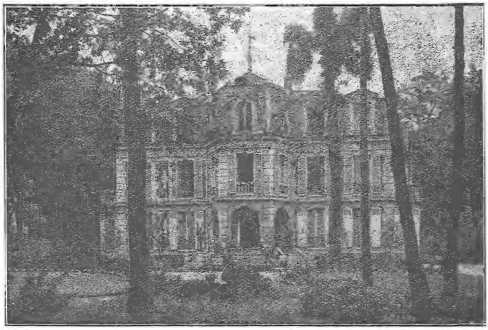
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : ***Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS***
Médecin assistant : ***Docteur LECLERCQ***
Téléphone : LE VESINET 12

R. Quero. — Franz Liszt (étude psycho-pathologique) 578

Médecine légale.

G. Jacomet. — Le secret médical. Son caractère juridique 579

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

H. Coutière. — Sommeil 580
P.-E. Maspes. — Syndrome narcoleptique et onirique d'origine dieneéphalique..... 580
H. Ruffin. — Recherches chronaximétriques sur les appareils de la sensibilité et optique (chez les sujets sains, fatigués et schizophrènes) 580
H. Fendel. — Le réflexe frontal..... 581
J.-M. Milicua. — Réflexe oculo-cardiaque... 581
C. Simon. — La Glossodynie, algie sympathique 581
L. Neuberger. — Physiopathologie de l'émotivité. Etat actuel de la question..... 581
L. Robalinho-Cavalcanti. — Contribution à l'étude de la palilalie..... 582
K. Zucker. — Sensibilité et représentations sensibles chez les encéphalites chroniques... 582
S.-E. Barrera. — Ophtalmo-encéphalomyélopathie 582
J.-M. Macera et J. Pereyra Käfer. — Encéphalite aiguë (névraxite), cas clinique..... 583
L. Rimbaud et M. Janbon. — Le syndrome encéphalo-méningé de la neuro-mélitococcie.. 583
L. Van Bogaert, Borremans, Reusens et R. Weyn. — Les encéphalomyélites subaiguës et tardives de la scarlatine..... 583
H. Schaeffer. — Méningo-encéphalite grippale ; guérison 583
V. Gillot, Ch. Sarrouy et P. Dupuy d'Uby. — A propos des complications nerveuses de la varicelle 584
N.-M. Winkelman et J.-L. Eckel. — Le cerveau dans la fièvre rhumatismale aiguë. Méningo-encéphalite rhumatismale non-suppurée.. 584
E. Barton-White et A.-L. Taylor. — Un cas de pellagre 584
A.-W. Hackfield. — Etudes sur les relations étiologiques entre les troubles somatiques et psychosiques de l'anémie pernicieuse. Revue critique avec observations 585
R. Benon. — L'asthénie chronique séquelle 585
W. López Alba. — Coccidiose encéphalique 585

(*Suite du sommaire page X*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie — Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE **TARTAKOWSKY, Dir. Général** OUVERT TOUTE L'ANNÉE

A. Ravina. — Les rapports des ulcérations gastriques avec les altérations du système nerveux 586

M. Labbé, L. Justin-Besançon et P. Soulié. — Les troubles vasculaires périphériques dans la maladie de Basedow 586

P.-R. Vessie. — Sur la transmission de la chorée de Huntington pendant 300 ans. Le groupe familial de Bures..... 587

H. Heinze. — Le syndrome d'éréthisme impulsif (dranghafte Erethie) chez l'enfant..... 587

G. Stertz. — Au sujet de la conception de l'épilepsie idiopathique..... 587

E.-M. Steblow. — Le problème de la classification des formes d'épilepsie..... 588

H.-I. Schou. — Trauma Capitis et Epilepsie 588

Legrand A. Damon. — Hémorragie bilatérale des surrénales cause de mort subite dans l'épilepsie 588

J. Pinczewski. — Un cas d'épilepsie avec claudication intermittente. Contribution à l'étude des troubles végétatifs dans l'épilepsie.. 588

R. Orlando et M.-J. Kuhn. — Epilepsie avec symptômes en foyer et tumeur cérébrale dans l'hypertension 589

L.-E. Bregman. — Les abcès du cerveau post-traumatiques tardifs. Un cas d'abcès du cerveau provoqué par le colibacille..... 589

F.-A. Gibbs. — Fréquence avec laquelle les tumeurs en différentes régions du cerveau produisent certains symptômes..... 589

Pines et Skiartschack. — Etude sur les tumeurs du lobe frontal 590

S.-S. Allen et H.-W. Lovell. — Tumeurs du troisième ventricule 590

R. Klein. — Le « cours » du langage chez les aphasiques 590

M. Ortiz. — Points de vue de Henry Head sur les Aphasies 591

H.-F. Hoffmann. — Le problème des névroses à la lumière des données cliniques modernes 591

N. Péron. — L'hystérie. Son rôle, sa clinique en neurologie contemporaine 592

J. Pavlow. — Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie..... 592

E. Bleuler. — Théories psychophysiques dans la conception de l'Hystérie..... 593

G. Marinesco et Mme M. Nicolesco. — Sur un cas d'amnésie hystérique rétrograde avec quelques réflexions sur le mécanisme de l'hystérie 594

A. Rouquier. — Le mécanisme psycho-physiologique d'un cas d'aphasie pithiatique. Son origine fonctionnelle indépendante de la suggestion 594

(*Suite du sommaire page XII*).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.



Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

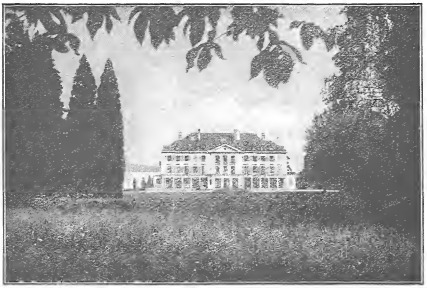
ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

Psychologie.

G. Dumas. — L'expression de la peur 595

K. Schneider. — Psychologie et psychopathologie des processus pulsionnels et volontaires 596

Mlle S. Borel. — Les retards de la parole 596

R. Saudek et E. Seeman. — L'écriture de jumeaux univitellins élevés séparément 597

Psychanalyse.

W. Stekel. — L'évolution, les méthodes et les dangers de la psychanalyse..... 597

R. Loewenstein et G. Parcheminey. — La conception psychanalytique de l'hystérie.... 598

A. Garma. — Le rêve. Considérations psychanalytiques 598

W. Morgenthaler. — La psychologie du transfert 598

Anatomie.

V. Dimitri et M. Balado. — Contribution anatomo-clinique et chirurgicale à l'étude des voies et des récepteurs centraux de la douleur 599

A.-V. Braunmuhl. — Etudes colloïdo-chimiques des altérations tissulaires séniles et préséniles. Le syndrome hystérétique comme forme de réaction cérébrale 599

F. Wertham. — La non-spécificité des lésions histologiques de la démence paralytique. 600

M. Danez. — Des altérations histopathologiques du rhombencéphale dans la paralysie générale 600

G.-B. Hassin. — Etudes histologiques sur les méningites 601

Th. Dosuzko et K. Uttl. — Sur l'étude anatomo-clinique du syndrome rubro-thalamique 601

Médecine légale.

T.-S. Good, H.-E. Field, T. Christie, J. Rickman, Ed. Glover. — La psychologie du crime.. 601

M.-R. Barkas. — Culpabilité..... 602

W. Boven. — Morphologie et caractériologie des délinquants 602

G.-L. Warner. — Quelques cas typiques de pyromanie 603

L. Vervaeck. — La libération des criminels anormaux internés par mesure de défense.... 603

(Suite du sommaire page XIV).

INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

d'éducation auxiliaire et de reconstitution pour enfants

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE *pour enfants retardés*

LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

Sont admis :

1°) Les débiles mentaux (instables, asthéniques, nerveux, etc.).
2°) Les arriérés accidentels.
3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

Nous n'acceptons que des enfants rééducables.

Surveillance médicale rigoureuse. Méthode de rééducation physique et psychique inspirée des principes du Docteur Decroly de Bruxelles. Education médico-pédagogique adaptée aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.). Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

DIRECTION MÉDICALE :

Mlle Docteur H. HAAS HAUTVAL

Villa « Les Hirondelles » -:- LE HOHWALD (Bas-Rhin)

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

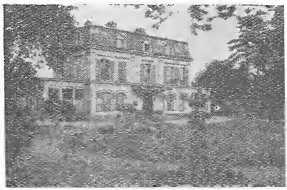
Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D^r^ **PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Dates des séances..... 604
Prix de la Société Médico-Psychologique.. 604

Asiles publics d'aliénés :
Médaille d'honneur de l'Assistance publique 605
Nomination 605
Création de poste 605
Concours de l'Internat en médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine 605

Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France 605
Hygiène et prophylaxie :
IIIe Réunion Européenne d'Hygiène mentale 606
Une Réunion d'Hygiène mentale à Québec 606
L'examen médical des conducteurs d'automobiles 607
La progression du nombre des aliénés internés dans les Asiles de la Seine..... 607
Nécrologie :
P. Gannouchkine (1875-1933) 608

INFORMATIONS

La XIXe croisière médicale franco-belge (Pâques 1934) XVIII

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Lyon, 16-22 juillet 1934) XXIV

ANÉMIES
Graves : Biermer, etc.
Palustres : Insuffisance Hépatique
Secondaires :
Tuberculose, Endocardite, Néphrite, etc
Post-Hémorragiques :
Opérations, Accouchements, etc.
Consécutives au
TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE
sont justiciables du
TRAITEMENT
DE WHIPPLE
PAR L'
HÉPATROL
Extrait de foie hydro soluble en AMPOULES BUVABLES
Echant. et Littér. : A. ROLLAND, 31, rue des Francs Bourgeois, PARIS IVe

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

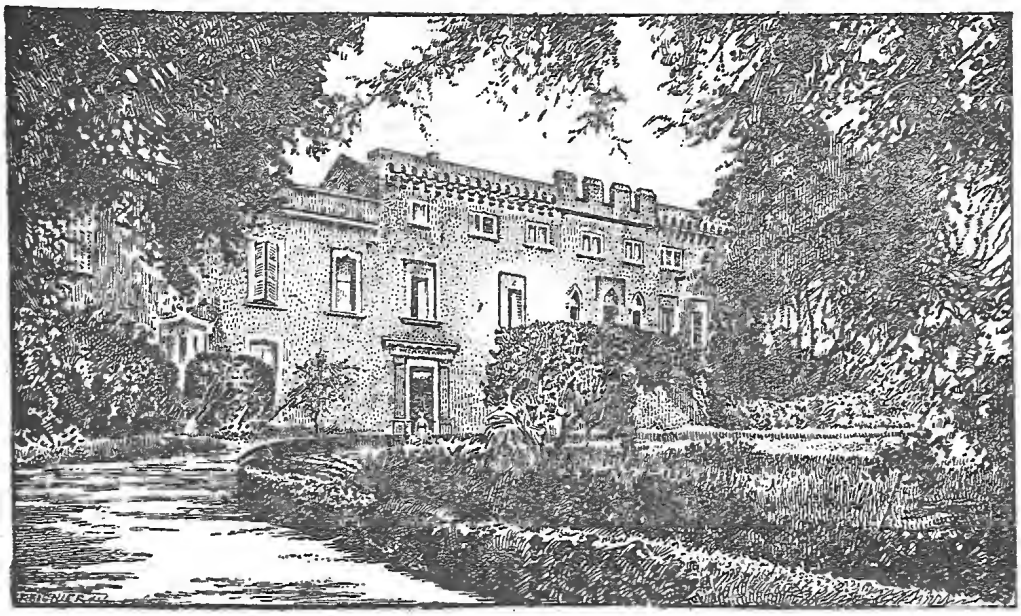
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**
GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-l-arsinate de sodium

Traitement efficace pour un pourcentage élevé des cas
même avancés

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

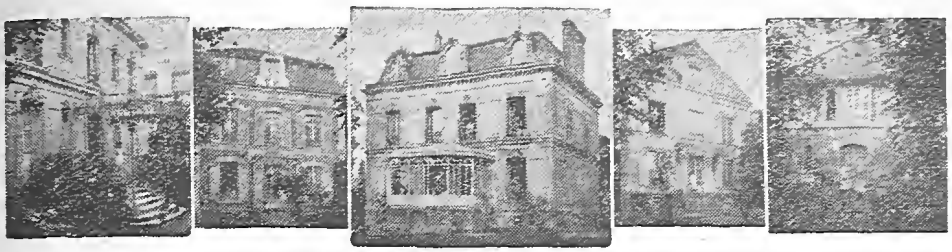
DMELCOS

Stock-vaccin
Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

Tous les avantages de la Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon PARIS

INFORMATIONS

LA XIX[e] CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE

(Pâques 1934)

La XIX[e] croisière médicale Franco-Belge s'effectuera à Pâques prochain en Méditerranée et en Mer Noire, à bord du luxueux paquebot « Léopoldville » (longueur : 152 mètres, déplacement : 15.000 tonnes) de la Compagnie Maritime Belge.

Grâce à la grande vitesse de ce navire, il sera possible d'accomplir en 16 jours un fort long périple, offrant toute l'attraction de la nouveauté.

Le départ s'effectuera de Marseille le 24 mars à midi et le retour dans le même port, le 10 avril, aux premières heures de la matinée. L'itinéraire, qui comporte des escales à *Malte,* au *Pirée* (*Athènes*) et

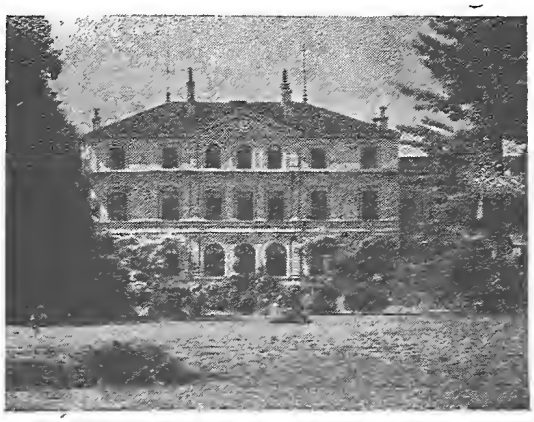
(*A suivre, page d'annonces XX*).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : D[r] A. Koller — Médecin-Adjoint : D[r] Ch. Barbezat

PROSPECTUS

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL
Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées
Deux à quatre cuillérées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aigües et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ
Extrait concentré de vitamines A. B. et C.
Ergostérol irradié
Une cuillérée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminéralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE
Polonovski et Nitzberg
Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE
Polonovski et Nitzberg
4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE
Polonovski et Nitzberg
ou
Ampoules — Goutte — Granules
GÉNOSTHÉNIQUES
Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE
Polonovski et Nitzberg
En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

LA XIX[e] CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE

(Pâques 1934)

(*Suite*)

à *Stamboul* (*Constantinople*), prévoit un arrêt de près de quatre jours à *Constanza* (Roumanie), de façon à permettre aux touristes de se rendre non seulement à *Bucarest,* mais même au cœur des Carpathes, au delà de *Sinaïa.* De Roumanie, le paquebot remontera jusqu'à *Odessa,* belle ville et grand port de l'Ukraine Soviétique.

Les horaires seront cadencés de façon à effectuer, une fois de jour, l'autre fois de nuit, la traversée des détroits.

Pour les médecins et leurs familles, il y aura des places à bord à partir de francs belges 3.900, ce qui représente environ 2.765 francs français, en admettant que le cours du change se maintienne à 141 francs belges pour 100 francs français.

(*A suivre, page d'annonces XXII*).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
« PRIX MODÉRÉS »

LE CASTEL D'ANDORTE

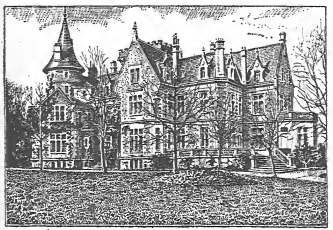
342, Route du Médoc
LE BOUSCAT, près Bordeaux
Téléphone : BORDEAUX 836-30

MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

LA XIX[e] CROISIÈRE MÉDICALE FRANCO-BELGE

(Pâques 1934)

(Suite)

Les personnes étrangères au corps médical sont admises à prendre part à la croisière, sur recommandation écrite de leur médecin de famille et à un tarif légèrement supérieur.

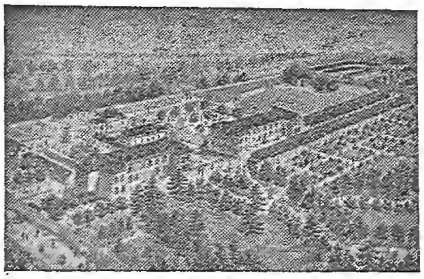
Le régime adopté à bord sera celui de la *classe unique.*

Des excursions, facultatives, seront organisées dans les escales.

Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se faire connaître, dès que possible, sans engagement de leur part, en écrivant à la *Section des Voyages de Bruxelles-Médical,* 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Un plan du navire, ainsi qu'une brochure détaillée, actuellement en préparation, seront envoyés gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

(A suivre, page d'annonces XXIV).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER,** sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

VILLA MARANCY

à PAU (Basses-Pyrénées)

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

pour GARÇONS NERVEUX, INSTABLES, et tous DÉFICIENTS DÉLICATS, CONVALESCENTS, ANÉMIÉS

Direction médicale : Dr **MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles

Cet établissement est situé à 2 kilomètres de PAU au climat toni-sédatif si réputé. Tout à fait spécial pour l'instruction, l'éducation et le traitement de tous déficients, il comprend tout confort moderne : chauffage central, électricité, hydrothérapie, etc. Grand parc de 2 hectares. Pleine exposition au Midi.

PRIX : *2 Classes* { depuis 450 fr. par mois. / depuis 800 fr. par mois.

SECTION SPÉCIALE PARTICULIÈRE POUR DÉBILES MENTAUX

NI CONTAGIEUX, NI ALIÉNÉS

LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUÉE

54, Faubourg Saint-Honoré, 54 - PARIS (8e)

Médication ANTIASTHÉNIQUE

à base de **Glycérophosphates** α et β

associés à un Extrait Cérébral et Spinal

ANTASTHÈNE

COMPRIMÉS

COMPRIMÉS

AMPOULES

HÉPANÈME

à base d'Extrait **très concentré de Foie**

(d'après la Méthode de WHIPPLE)

associé au Protoxalate de Fer et au Phosphate de Soude Officinal

Médication ANTIANÉMIQUE

PRODUITS BIOLOGIQUES CARRION

TÉLÉPHONE : ANJOU 36.45 (*2 lignes groupées*)

V. BORRIEN Docteur en Pharmacie

ADRESSE TÉLÉGR. : RIONCAR-PARIS-123

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

La XXXVIII[e] Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Lyon*, du 16 au 22 juillet 1934.

Président : M. le Docteur L. LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Vice-Président : M. le Docteur René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur J. DECHAUME, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG
2, Rue Boucicaut -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

Confort Moderne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne) —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'**instruction**, l'**éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.
La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**
L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(*Suite*)

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIII[e] session.

PSYCHIATRIE : *L'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie.* — Rapporteur : M. le Docteur André REPOND, Directeur-Médecin-Chef de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Valais).

NEUROLOGIE : *Les tumeurs du III[e] ventricule : étude clinique et thérapeutique.* — Rapporteur : M. le Docteur Paul MEIGNANT, Médecin de l'Hospice J.-B. Thiéry à Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

ASSISTANCE : *Classification et statistiques des maladies mentales.* — Rapporteur : M. le Docteur M. DESRUELLES, Médecin-Chef de l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

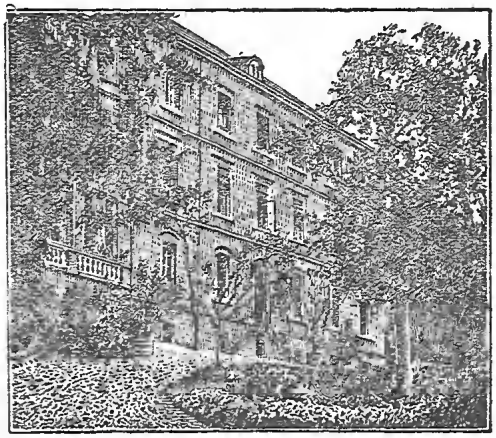
(*A suivre, page d'annonces XXVIII*).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

Epilepsie
ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Échantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(*Suite*)

N. B. — Les *inscriptions* sont reçues par le Docteur Vignaud, *trésorier*, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV[e] arr.).

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs pour les *membres adhérents* et 50 francs pour les *membres associés*.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XXXVIII[e] Session inscrits avant le 10 juin 1934 recevront les rapports dès leur publication.

" LA MÉTAIRIE "
près NYON

Adresse : « La Métairie », Nyon (Suisse). *Téléphone :* 26, à Nyon.

Disposition : 6 villas disséminées dans un grand parc. Séparation complète des différentes formes de maladies. Situation splendide au bord du Lac Léman, à 20 km. de Genève. Vie de société. Tennis, sports.

Affections traitées : Maladies nerveuses et mentales, toxicomanies (alcoolisme, morphine, etc.). Cures de repos et convalescence.

Confort : Eau courante chaude et froide. Salles de bains. Chauffage central. Chambres particulières ou appartements de 1 à plusieurs pièces.

Traitements : Thérapeutique par le travail : ateliers d'arts, leçons par professeur dans l'établissement, jardinage, etc. — Psychothérapie : analyse psychologique, méthodes suggestives. — Physiothérapie : massage, gymnastique, électricité, hydrothérapie. — Malariathérapie et toutes pyrétothérapies.

Médecins : 3 médecins résidant dans l'établissement et nombreux personnel spécialisé.

Médecin en chef : D[r] M. Guillerey.

Demandez prospectus à l'Administration.
Tous autres renseignements à la Direction médicale. — Prix modérés.

SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1933

MÉMOIRES ORIGINAUX

L. MARCHAND. — L'automatisme ambulatoire épileptique..... 609
G.-I. ODOBESCO et H. VASILESCO. — Schizophrénie et neurosyphilis..... 652
A. SANTENOISE et P. LECULIER. — Un jugement de divorce d'un aliéné interné.... 656

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 14 décembre 1933

H. CLAUDE et P. MASQUIN. — Les accidents épileptiques tardifs chez les paralytiques généraux malarisés 677
A. COURTOIS et Mme Yv. ANDRÉ. — Affaiblissement intellectuel consécutif à une intoxication oxy-carbonée aiguë accidentelle chez une jeune fille 686
Mme Yv. ANDRÉ et J.-O. TRELLES. — Migraine ophtalmique avec hallucinose, crises oculo-céphalogyres et comitiales 691

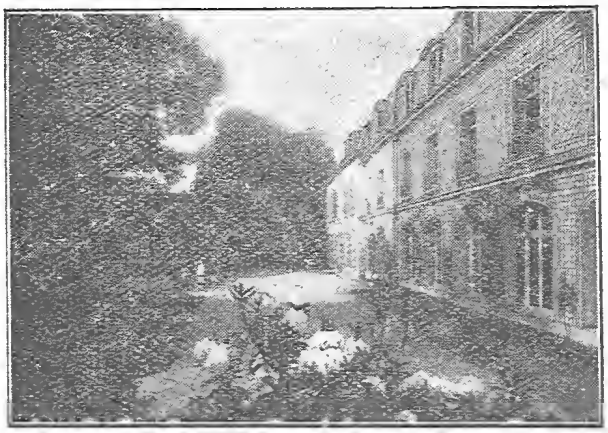
(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION DE premier ordre

NOTICE SUR DEMANDE



40, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

L. Marchand et A. Courtois. — Delirium tremens. Pneumonie. Méningite encéphalo-spinale purulente à pneumocoques secondaire 694

H. Claude et J. Dublineau. — Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple ou confusionnelle traités par les sels d'or associés à la pyrétothérapie par l'huile soufrée 698

J. Tinel et M. et Mme M. Eck. — Toxines urinaires et catatonine de De Jong. Pouvoir neutralisant du sérum humain. Dissociation « in vivo » par le choc de la combinaison toxine-antitoxine 710

L. Marchand et H. Pichard. — Syndrome de Parkinson post-encéphalitique ; destruction du locus niger 716

Séance du mardi 19 décembre 1933

Assemblée générale 720

Adoption du procès-verbal 720

Correspondance 720

Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire 721

Date de la séance du mois de mars 721

Prix de la Société Médico-Psychologique 721

Rapport de la Commission des Finances. 721

Rapport du Secrétaire général 722

Election du Bureau pour l'année 1934. 724

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1934 725

Conseil d'administration 726

Commission des Finances 726

J. Lauzier, H. Baruk, M. Bidermann et F. Blumenfeld. — La tuberculose pulmonaire des déments précoces. Etude clinique et radiologique portant sur 204 cas de démence précoce 726

H. Baruk, Sauvage et Albane. — Démence précoce grave consécutive à une typhobacillose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuber-

(Suite du sommaire page IV).

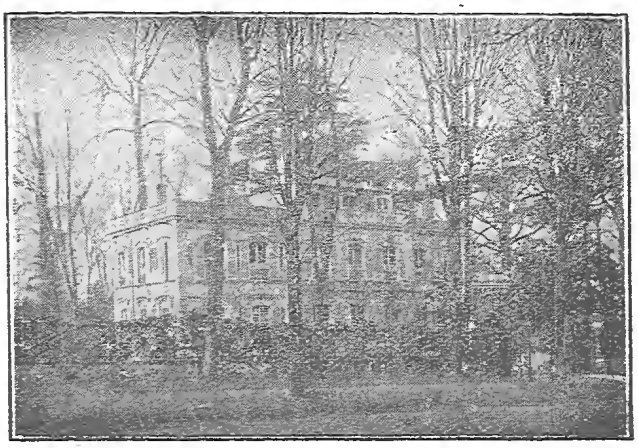
MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

Médecin-directeur : Dr BUSSARD

Médecin assistant : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition



Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

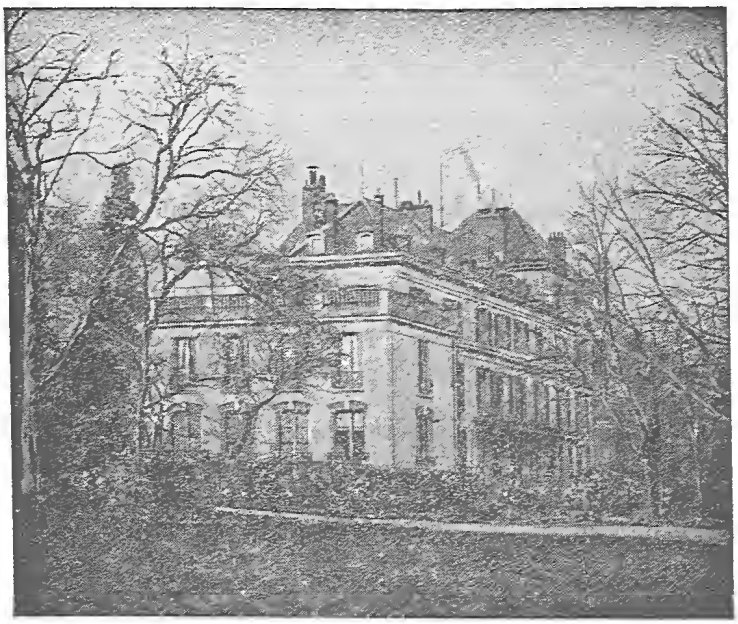
Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

culeuse 734
HYVERT, TRAN-MINH-PHUONG, G. et M. COHN. — Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique azotémique. 743

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 7 décembre 1933

J. LHERMITTE, P. MOLLARET et TRELLES. — Les lésions cérébelleuses et ganglionnaires dans la maladie de Friedreich 750

G. GUILLAIN, R. THUREL et I. BERTRAND. — Examen anatomo-pathologique d'un cas de myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques associées à des myoclonies squelettiques synchrones 750

R. GARCIN, I. BERTRAND et P. FRUMUSAN. — Syndrome de Parinaud, myoclonies rythmées vélo-palatines. Etude anatomo-clinique 751

I. BERTRAND et R. GARCIN. — Hémiballismus. Lésion dégénérative du corps de Luys et de la zona incerta. (Etude anatomo-clinique) .. 751

R. GARCIN, I. BERTRAND, A. THÉVENARD et R.-A. SCHWOB. — Sur un cas de mélanoblastose primitive et diffuse des centres nerveux. Etude anatomo-clinique 751

R. NYSSEN et L. VAN BOGAERT. — La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée. Etude anatomo-clinique d'un type familial .. 752

G. HEUYER, Mlle C. VOGT et Mme ROUDINESCO. — Forme familiale de l'encéphalite péri-axile diffuse (maladie de Schilder). Deux observations cliniques 752

BARRÉ. — Tumeur du 4e ventricule 752

J. DEREUX et A. HAYEM. — Hématome sous-dural chronique post-traumatique. Aspect radiographique 753

Th. DE MARTEL. — Un cas de méningiome de l'hémisphère gauche 753

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTE

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

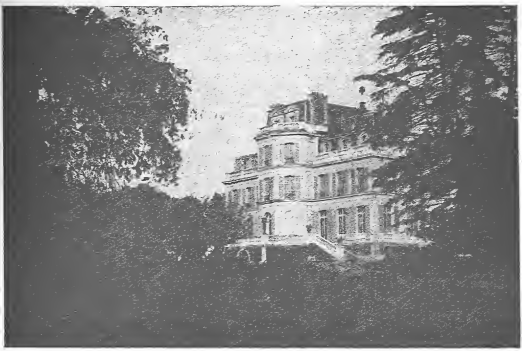
NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS



CLINIQUE MÉDICALE
DU CHATEAU DE GARCHES

2, Grande Rue et 9ter Rue de la Porte Jaune à GARCHES (S.-et-O.)
Téléphone : VAL D'OR 00-55

MÉDECIN DIRECTEUR
Dr GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
DE LA NUTRITION ET DU TUBE DIGESTIF
DESINTOXICATIONS
CURES D'AIR ET DE REPOS — CONVALESCENCES

NI CONTAGIEUX NI ALIÉNÉS

La Clinique est ouverte aux Médecins, qui conservent la direction du traitement de leurs Malades

RÉGIMES-AGENTS PHYSIQUES : Hydrothérapie, Electrothérapie, Radiothérapie
TRAITEMENTS BIOLOGIQUES : Malariathérapie et toutes Pyrétothérapies
PSYCHOTHÉRAPIE — LABORATOIRE

INSTALLATIONS MODERNES — GRAND CONFORT
Nombreuses chambres avec bains privés
BEAU PARC DE SIX HECTARES

Moyens de communication : En auto, quelques minutes par le pont de Saint-Cloud, la route de Vaucresson et la rue de la Porte Jaune. En **autobus**, 12 minutes par la ligne n° 6 de la Cie Nationale de Transports Automobiles : Paris-Porte d'Auteuil à Saint-Germain (arrêt Porte Jaune). Par **chemin de fer**, un quart d'heure de St-Lazare ; descendre à Saint-Cloud-Montretout. En **tramway**, par la ligne n° **44**.

BAUDOUIN et PETIT-DUTAILLIS. — Un cas de névralgie du glosso-pharyngien 753

P. PUECH et G. LOISEL. — Méningiome de la petite aile du sphénoïde 753

Société de Médecine Légale de France

Séance du 13 novembre 1933

G. FERDIÈRE. — A propos d'un cas atypique de paralysie générale dite traumatique 754

L. RIBEIRO. — Un cas de grand sadisme .. 754

Séance du 11 décembre 1933

DUCOSTÉ. — « Droit de guérir » et thérapeutique intra-cérébrale 755

DUVOIR. — Un expert peut-il entendre des témoins ? 755

DUVOIR. — Un expert peut-il s'adjoindre un spécialiste ? 756

R. BENON. — Traumatisme et perversité acquise 756

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 novembre 1933

DIVRY et EVRARD. — Réflexe palato et linguo-labial 757

G. VERMEYLEN et Ch. FONTAINE. — Troubles psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés 757

G. VERMEYLEN, H. BADONVILLE, J. HEERNU, J. LEY et J. TITECA. — Démence progressive chez un sujet jeune 758

Société belge de Neurologie

Séance du 25 novembre 1933

DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU. — Calcification intra-cérébrale en dehors des tumeurs .. 759

HOET. — Les syndromes hypophysaires en clinique 759

BOUCHÉ et L. VAN BOGAERT. — Étude anatomo-clinique d'un état de rigidité unilatérale progressive avec choréoathétose et paroxysme de torsion autour de l'axe longitudinal 760

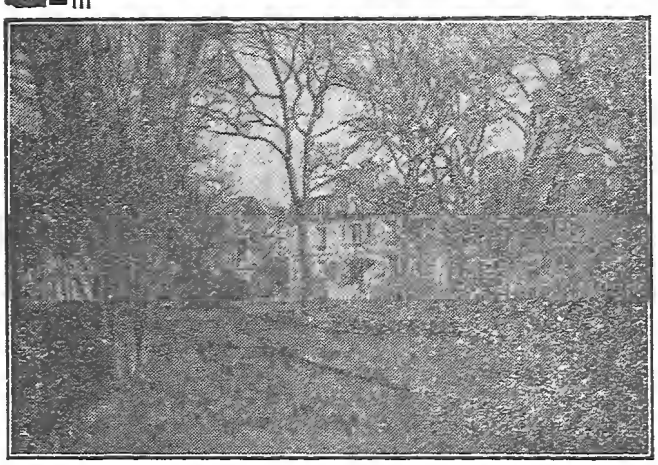
A. LEY. — Spasme de torsion avec rémissions 760

(*Suite du sommaire page VIII*).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VÉSINET (S.-et-O.)

Téléphone régional : 755 et 850



TRAITEMENT DES AFFECTIONS ORGANIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYSTÈME NERVEUX, DES INTOXICATIONS ET DES MALADIES DE LA NUTRITION.

Repos - Convalescence - Régimes
Rayons U. V. - Diathermies

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, tout confort avec S. B. et W. C. privés
Galeries ensoleillées — Terrain et salon de jeux
Excellente cuisine bourgeoise et de régime.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins spécialistes résident dans la maison de santé - Médecin-Directeur Docteur Paul ALLAMAGNY

Avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

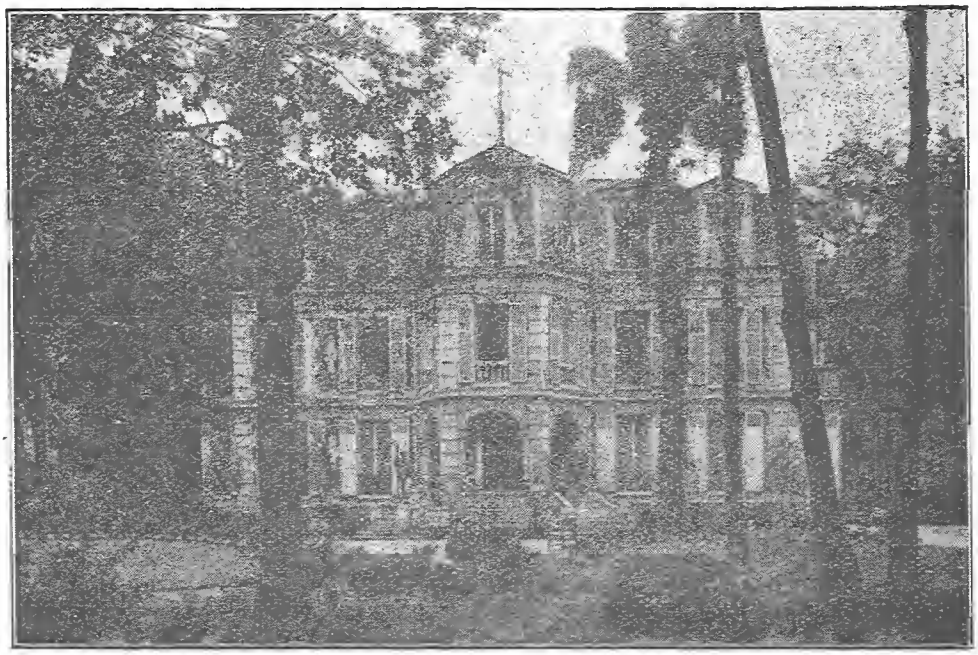
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Neurologie.

G.-H. Roger et L. Binet. — Traité de physiologie normale et pathologique 762

B. Conos. — Anatomie et Physiologie cliniques du système nerveux 763

J. Calvet. — L'épiphyse (glande pinéale). Etude embryologique, histo-physiologique et anatomo-clinique 764

D. Paulian et D. Turnesco. — Les arachnoïdites spinales chroniques 764

Thérapeutique.

B. Rodriguez-Arias et J. Pons-Balmes. — La pyrothérapie en neuropsychiatrie 765

A. Jousset. — Etude et traitement de la méningite tuberculeuse 766

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

G. Odobesco. — Les rapports entre la psychologie et la psychiatrie 766

J.-R. Hunt. — Eréthizophrénie et Kolyphrénie. Conception physiologique des types psychologiques et leurs relations en psychopathologie 768

P. Male. — La genèse des troubles du caractère chez l'enfant 768

F. Dubitscher. — L'interprétation des formes de Rorschach chez les psychopathes adultes et les enfants psychopathes et débiles..... 768

A.-S. Paterson. — La loi dite d'anticipation dans les maladies mentales 769

E. Menninger-Lerchenthal. — Une hallucination de Gœthe 769

(*Suite du sommaire page X*).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pedagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des Gdes Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉATRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse
Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière
dans la suppression totale des bruits
HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE — TARTAKOWSKY, Dir. Général — OUVERT TOUTE L'ANNÉE

E. Minkowski. — Le problème des hallucinations et le problème de l'espace..... 769

E. Mira. — Contribution à l'étude pathogénique du syndrome de dépersonnalisation..... 770

J.-R. Beltran. — Perturbation de la conscience dans un délire post-malarique..... 770

I. Imber. — Contribution clinique à l'étude des psychoses anxieuses aiguës d'origine alcoolique 770

J. Obarrio, P.-O. Sagreras et A.-J. Petre. — Mélancolie délirante d'allure chronique. Syndrome de Cotard guéri 770

E. Guttmann et K. Herrman. — Des troubles psychiques dans les affections du tronc cérébral et du syndrome d'automatose..... 771

G.-W. Henry. — Symptômes mentaux observés au cours des tumeurs cérébrales..... 771

F.-W. Mott. — Sur les relations entre les traumatismes craniens et les maladies mentales et nerveuses 772

M. Liebers. — Presbyophrénie et artériosclérose cérébrale 772

M. Gurewitsch. — Le syndrome interpariétal dans les maladies mentales 772

H. Devine. — Le problème de la schizophrénie 773

G. Ssucharewa. — Evolution des schizophrénies de l'enfance 773

G. Bychowski. — De la schizophrénie avec symptômes neurologiques 773

G. Robin. — Les frontières de la schizophrénie et de la démence précoce 774

M.-T. Moore, D. Nathan, A.-R. Elliot et Ch. Laubach. — Etudes encéphalographiques dans la schizophrénie (démence précoce)..... 774

J.-R. Blalock. — Caractère et démence précoce catatonique 775

J. Roubinovitch. — Démence précoce et tuberculose 775

R. Targowla. — Tuberculose et troubles mentaux. Conceptions nouvelles 775

R.-B. Silva et R. Orlando. — Troubles du langage dans une paralysie générale simulant la schizophrénie 776

(Suite du sommaire page XII).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- *Dir. : Dr M. de CHABERT*

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

—:— **Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eauhonne)** —:—

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'**instruction**, l'**éducation** et le **traitement** des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un **système d'éducation absolument rationnel.**

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le Dr de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

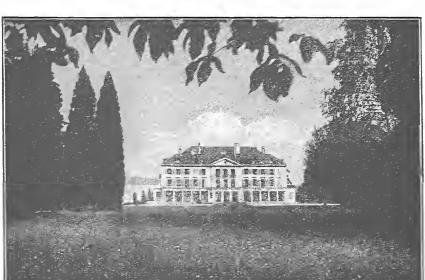
ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --
à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Physiothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Etablissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER
TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲▲

Adresse télégraphique RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442 / SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur **O.-L. FOREL,** Privat Docent à l'Université de Genève

H.-M. Pinero. — Paralysie générale à évolution aiguë 776

Neurologie.

O. Balduzzi. — Les réactions de soutien chez l'homme dans les états physiologiques et pathologiques 776

J. Titeca. — Etude physiologique de la dégénérescence wallérienne du sciatique de la grenouille 777

Th. de Martel, Montbrun et J. Guillaume. — Ophtalmologie et Neuro-Chirurgie..... 777

E. Prince-Fowler. — Une variété du syndrome d'Avellis produite par un polype angiomateux de l'oreille externe, moyenne et interne intéressant les Xe, XIe et XIIe nerfs crâniens. Présentation d'un cas 777

S.-M. Jordan. — Instabilité colique et troubles nerveux 777

K. Malling. — Symptômes neurologiques des traumatismes crâniens 778

Biologie.

A. Tschalissow. — Topographie chimique de l'écorce cérébrale, 1re partie : La teneur en « lactacidogène » de l'écorce cérébrale des schizophrènes 778

K. Winther. — Sur l'éventualité de modification dans la pression intracrânienne, en particulier en l'absence de tumeur cérébrale..... 779

R. Lund. — Remarques concernant la pression du liquide céphalo-rachidien dans les cas d'inflammation intracrânienne otogène et rhinogène 779

H. Claude, P. Masquin, J. Dublineau et Mlle Bonnard. — Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques 779

F. Frémont-Smith. — Pathogénie des modifications du liquide céphalo-rachidien dans la méningite 780

J. Salas et M. Peraita. — Les relations des protéines du liquide céphalo-rachidien d'après la méthode de Kafka-Samson 780

T.-M. Rivers. — Relations des virus filtrants avec les maladies du système nerveux..... 780

(Suite du sommaire page XIV).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIIIe), chez le Dr Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : Dr Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.



MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

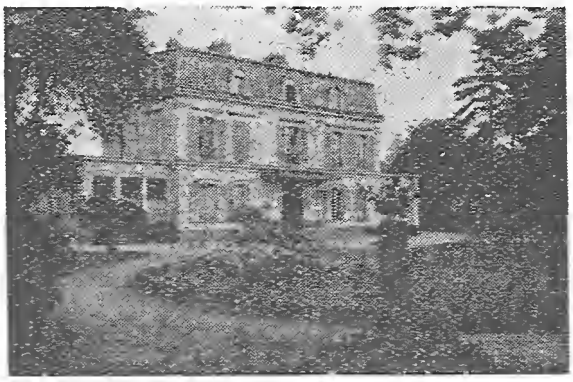
Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté
D^r^ **PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

B. Dujardin, J. Ley et J. Titeca. — Fragilité du fœtus et de l'enfant mâles vis-à-vis de l'infection tréponémique 781

Endocrinologie.

S. Gunsburg. — Syndrome thyrotoxique simulant une névrose primaire 781

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Dates des séances 782
Légion d'honneur 782

Asiles publics d'aliénés :

Nécrologie 782
Nomination 782
Vacance de postes 783

Académie de Médecine :

Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1933 783

Réunions et Congrès :

Congrès de médecine légale de langue française 783

Nécrologie :

Raymond Cestan (1875-1933) 784

INFORMATIONS

Congrès International des Sciences anthropologiques et ethnologiques XVIII

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
—
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
—« PRIX MODÉRÉS »—

GRAND ÉTABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur Tél. nº 1.

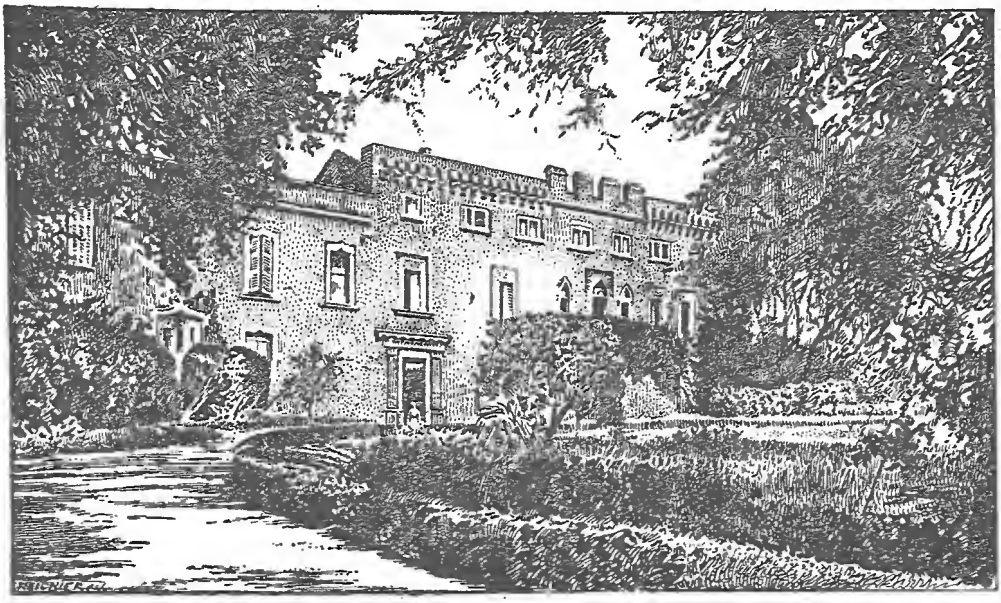
Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

CONFORT MODERNE | **SÉJOUR D'ÉTÉ**

GRAND PARC | **— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

Gardénal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0^{GR},10, 0^{GR},05 ET 0^{GR},01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS - 3ÈME



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

INFORMATIONS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

La première réunion du *Congrès International des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques,* placé sous le Haut patronage royal, se tiendra à *Londres, du 30 juillet au 4 août 1934.* Au Congrès seront présentées toutes les recherches qui se rapportent aux races, aux peuples et aux genres de vie, c'est-à-dire toutes celles qui concernent l'étude scientifique de l'homme.

Vingt années de préparatifs ont précédé le nouveau Congrès. En 1912, après la réunion de Londres du Congrès International des Américanistes, l'*Institut Royal Anthropologique de Grande-Bretagne* nomma un petit comité, composé de représentants de huit pays, afin de jeter les bases pour la construction d'un groupement étendu qui s'occuperait de questions d'ordre anthropologique et ethnologique,

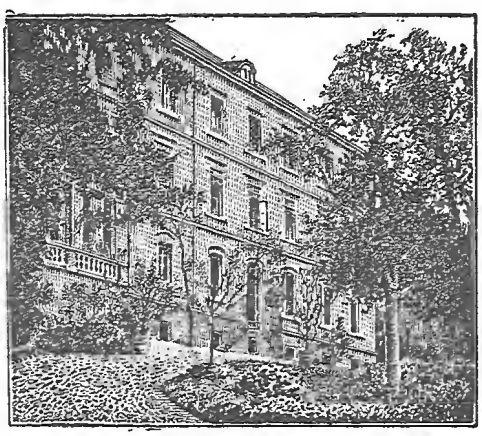
(*A suivre, page d'annonces XX*).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses et Mentales

Installations modernes et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à troix granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES
(Suite)

dans des réunions tenues les mêmes années que les réunions européennes du Congrès des Américanistes, donc, tous les quatre ans. La proposition tendant à la création d'un tel Congrès général a été retenue par le Congrès International d'Anthropologie et d'Archéologie Préhistoriques à sa réunion de Genève en 1912. Ce Congrès devait se réunir en 1916 à Madrid et dans la même année le Congrès des Américanistes devait tenir ses séances en Europe. Un Congrès des « Sciences Anthropologiques » a donc été prévu pour cette année-là. Malheureusement, la Guerre a empêché ces réunions. En 1931, à une conférence tenue à Berne a été fondé un nouveau Congrès international des sciences préhistoriques et protohistoriques, dont la première session a eu lieu à Londres en 1932. Ce Congrès a reçu l'invitation de se réunir à Oslo en 1936.

Inspiré par le désir de fournir à toutes les sciences anthropologiques et ethnologiques les mêmes facilités que celles dont jouissaient

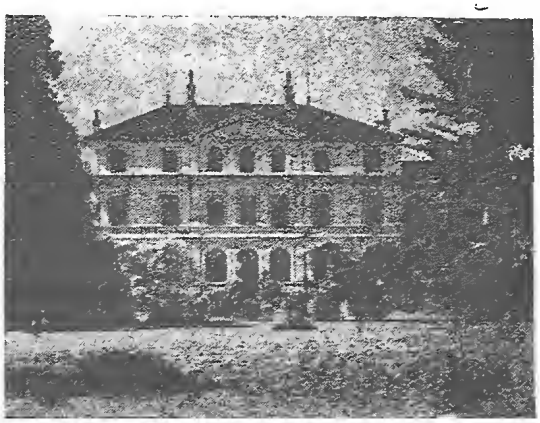
(A suivre, page d'annonces XXII).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

LE CASTEL D'ANDORTE

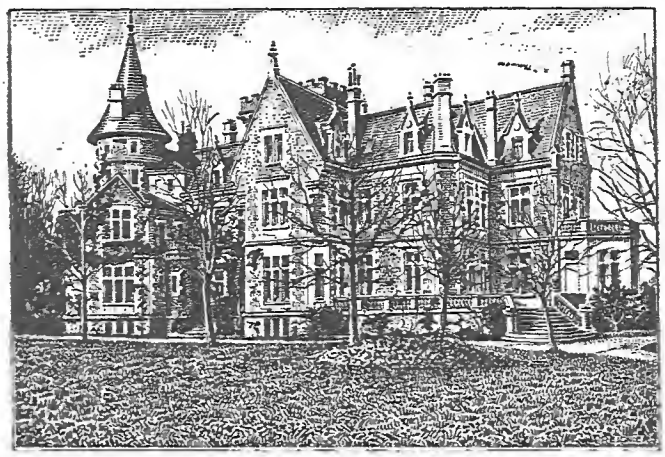
342, Route du Médoc
LE BOUSCAT, près Bordeaux
Téléphone : BORDEAUX 836-30

MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

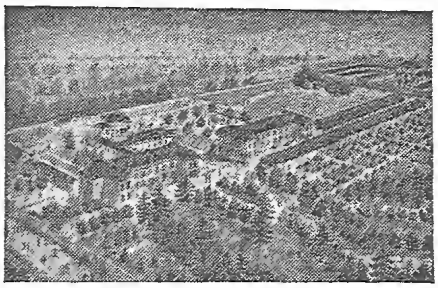
CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES
(*Suite*)

les sciences préhistoriques et protohistoriques, et après de longues consultations, l'Institut Royal Anthropologique, avec l'assentiment des survivants du comité de 1912, a convoqué à Bâle, du 20 au 22 avril 1933, une conférence de représentants de neuf pays différents.

Avec l'appui et l'encouragement de savants distingués du monde entier, cette conférence décida unanimement de fonder un *Congrès international des sciences anthropologiques et ethnologiques*, et d'accepter l'invitation de se réunir pour la première fois à *Londres, en 1934*. Le Congrès tiendra ses réunions tous les quatre ans, c'est-à-dire à deux ans d'intervalle du congrès préhistorique et la même année que le Congrès des Américanistes en Europe.

Le Congrès est dirigé par un Conseil permanent dont les membres, composés d'un maximum de quatre représentants par pays, sont secondés par un ou deux secrétaires nationaux pour chaque pays. Les premiers membres ont été choisis à la conférence de Bâle. Les vacan-

(*A suivre, page d'annonces XXIV*).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

VILLA MARANCY

à PAU (Basses-Pyrénées)

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

pour GARÇONS NERVEUX, INSTABLES, et tous DÉFICIENTS DÉLICATS, CONVALESCENTS, ANÉMIÉS

Direction médicale : Dr **MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles

Cet établissement est situé à 2 kilomètres de PAU au climat toni-sédatif si réputé. Tout à fait spécial pour l'instruction, l'éducation et le traitement de tous déficients, il comprend tout confort moderne : chauffage central, électricité, hydrothérapie, etc. Grand parc de 2 hectares. Pleine exposition au Midi.

PRIX : *2 Classes* { depuis 450 fr. par mois. / depuis 800 fr. par mois.

SECTION SPÉCIALE PARTICULIÈRE POUR DÉBILES MENTAUX

NI CONTAGIEUX, NI ALIÉNÉS

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

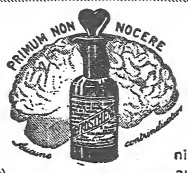
RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12e)

CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Suite)

ces sont pourvues par un vote du Congrès, ratifiant les nominations faites par le Conseil permanent. L'organisation de la réunion de Londres a été confiée à un comité britannique. Les noms des membres du bureau figurent ci-après.

Les réunions du Congrès de Londres seront tenues à l'University College, Londres, W. C. 1, et au Wellcome Historical Medical Museum.

On prévoit un programme d'excursions aux Universités d'Oxford et de Cambridge, ainsi qu'aux musées de Liverpool et de Manchester. Le programme détaillé sera communiqué ultérieurement.

La séance inaugurale du lundi 30 juillet sera suivie d'une réception officielle et les travaux des sections continueront jusqu'au samedi 4 août. Il y aura également des séances plénières et des conférences d'un intérêt scientifique peu spécialisé.

Conformément au Règlement du Congrès, les travaux seront répartis provisoirement entre les sections suivantes : *Anatomie et Anthropo-*

(A suivre, page d'annonces XXVI).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé l'association **Passiflore-Cratægus** et la seule qui ne contienne aucun toxique, soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG
2, Rue Boucicaut -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

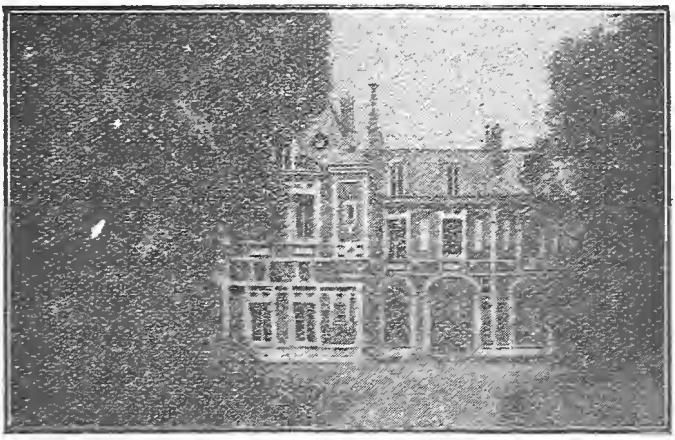
PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

ConfortModerne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie. PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES
(*Suite*)

logie Physique (Président : le professeur G. Elliot Smith, F.R.S.) — *Psychologie* (Président : M. F. C. Bartlett, F.R.S.) — *Démographie* (Président : le professeur C. B. Fawcett) — *Ethnographie* (Président : le docteur A. C. Haddon, F.R.S.) — *Technologie* (Président : M. H. Balfour, F.R.S.) — *Sociologie* (Président : le professeur C. G. Seligman, F.R.S.) — *Religions* (Président : le professeur E. O. James) — *Linguistique* (Président : le docteur Alan H. Gardiner).

La cotisation des membres du Congrès est fixée à une livre anglaise. La carte de membre donne le droit d'assister à toutes les réceptions, à toutes les réunions, d'y voter, de prendre part aux discussions et de recevoir les comptes-rendus gratis et les autres publications du Congrès à des prix réduits. Deux personnes, au maximum, appartenant à la famille de chaque membre, auront le droit de recevoir chacune une carte de membre-associé au prix de dix shillings anglais

(*A suivre, page d'annonces XXVIII*).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie

Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.



NEURINASE

amorce le sommeil naturel

Insomnie
Troubles nerveux

Echons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

CONGRÈS INTERNATIONAL
DES
SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES
(*Suite*)

par carte. Les membres-associés pourront assister aux séances, aux réceptions et aux excursions, mais n'auront ni voix, ni vote et ne recevront pas les comptes-rendus.

Les bulletins d'adhésion et les cotisations doivent être envoyés au Trésorier du Congrès International des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques, The Royal Anthropological Institute of Great Britain, 52, Upper Bedford Place, London, W. C. 1, et toute autre communication doit être adressée aux Secrétaires généraux du Congrès International des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques, également au Royal Anthropological Institute.

Président du Congrès : Onslow ; *Président du Comité Exécutif du Congrès :* Thomas A. Joyce; *Trésorier du Congrès:* Harry G. Beasley; *Secrétaires du Congrès :* John L. Myres, Alan Houghton Brodrick.

Les *membres français* du *Comité permanent du Congrès* sont : MM. le prof. M. Boule (Paris) ; le prof. M. Mauss (Paris) ; le prof. P. Rivet (Paris) ; le prof. H.-V. Vallois (Toulouse).

" LA MÉTAIRIE "
près NYON

Adresse : « La Métairie », Nyon (Suisse). *Téléphone :* 26, à Nyon.

Disposition : 6 villas disséminées dans un grand parc. Séparation complète des différentes formes de maladies. Situation splendide au bord du Lac Léman, à 20 km. de Genève. Vie de société. Tennis, sports.

Affections traitées : Maladies nerveuses et mentales, toxicomanies (alcoolisme, morphine, etc.). Cures de repos et convalescence.

Confort : Eau courante chaude et froide. Salles de bains. Chauffage central. Chambres particulières ou appartements de 1 à plusieurs pièces.

Traitements : Thérapeutique par le travail : ateliers d'arts, leçons par professeur dans l'établissement, jardinage, etc. — Psychothérapie : analyse psychologique, méthodes suggestives. — Physiothérapie : massage, gymnastique, électricité, hydrothérapie. — Malariathérapie et toutes pyrétothérapies.

Médecins : 3 médecins résidant dans l'établissement et nombreux personnel spécialisé.

Médecin en chef : Dr M. Guillerey.

Demandez prospectus à l'Administration.
Tous autres renseignements à la Direction médicale. — Prix modérés.